

## **Décision n° 2006 - 544 DC**

### **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2007**

## **Consolidation**

Source : services du Conseil constitutionnel © 2006

### **Sommaire**

- **Article 13 : Instauration d'un prélèvement social proportionnel (Gouvernement.Sénat) ..... 9**
- **Article 15 : Validation de l'accord collectif du 13 juillet 2004 fixant la durée de travail hebdomadaire dans le secteur de l'hôtellerie-restauration (Parlement.Sénat) ..... 19**
- **Article 23 : Abattement de contribution sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques pour les entreprises éligibles au crédit d'impôt recherche (Gouvernement.Sénat) ..... 20**
- **Article 24 : Affectation du produit net comptable des cessions des terrains et des bâtiments des établissements de santé à la Caisse nationale d'assurance maladie (Gouvernement.Texte initial) ..... 28**
- **Article 45 : Conditions d'exercice de la profession de directeur et directeur-adjoint (Parlement.Sénat) ..... 29**
- **Article 47 : Prolongation d'une expérimentation (Gouvernement.Sénat) ..... 31**
- **Article 52 : Fonctionnement de l'ordre des pharmaciens (Parlement.Sénat) ..... 35**
- **Article 57 : Contenu de l'accord-cadre conclu entre le comité économique des produits de santé et les laboratoires pharmaceutiques (Gouvernement.Sénat) ..... 37**
- **Article 68 : Information de l'observatoire des risques médicaux (Gouvernement.Sénat) ..... 39**
- **Article 76 : modalités de fonctionnement du centre national de gestion de la fonction publique hospitalière (Gouvernement.Assemblée nationale) ..... 47**

□ Article 81 : compétence des chambres disciplinaires de l'ordre national des médecins (Parlement.Sénat).....	50
□ Article 82 : Consultation du « web médecin » par les assurés (Parlement.Sénat) .....	52
□ Article 87 : Droit de recours accordé aux établissements publics sociaux et médico-sociaux (Parlement.Sénat).....	53
□ Article 90 : Conditions de versement de la prestation compensatoire (Gouvernement. Sénat) .....	55
□ Article 95 : Compétences des missions régionales de santé (Gouvernement.Sénat) .....	56
□ Article 96 : Création d'un fonds des actions conventionnelles (Gouvernement.Sénat) .....	62
□ Article 102 : Droit d'opposition à la convention médicale (Parlement.Sénat) .....	70
□ Article 104 : Permanence des soins (Gouvernement.AN) .....	72
□ Article 106 : Extinction de la faculté conventionnelle de mise à la retraite d'office avant soixante-cinq ans (Gouvernement.Texte initial) ...	78
□ Article 111 : Régimes de retraite complémentaires facultatifs (Parlement. Sénat) .....	84
□ Article 115 : Compensation à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales du transfert des fonctionnaires d'Etat (Parlement. Sénat) .....	88
□ Article 117 : Augmentation de la part de l'Etat dans le financement du Fiva (Parlement. Sénat).....	89
□ Article 134 : Aménagement du régime du dossier médical personnel (Gouvernement. Sénat) .....	90
□ Article 138 : Création d'un répertoire commun aux organismes sociaux (Parlement. AN) .....	97

#### Légende

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

## Table des matières

□ <b>Article 13 : Instauration d'un prélèvement social proportionnel (Gouvernement.Sénat) .....</b>	<b>9</b>
<b>I - Code de la sécurité sociale.....</b>	<b>10</b>
- Article L. 131-6 [modifié par les articles 10 I et l'article 13 III] .....	10
- Article L. 131-6-1 [modifié par l'article 13 IV].....	11
- Article L. 131-6-2 [créé par l'article 13 I] .....	11
- Article L. 133-6-2 [modifié par l'article 13 VI].....	12
- Article L. 136-3 [modifié par les articles 10 I et 13 V].....	12
- Article L. 161-1-1 [pour info] [modifié par les articles 12 II et 31 IV].....	13
- Article L. 161-1-2 [pour info] .....	14
- Article L. 161-1-3 [pour info] .....	14
- Article L. 756-2 [pour info] .....	15
- Article L. 756-5 [pour info] .....	15
<b>II - Code général des impôts .....</b>	<b>15</b>
- Article 50-0 [pour info] [modifié par l'article 10 III] .....	15
- Article 102 ter [pour info] [modifié par l'article 10 III] .....	16
<b>III - Loi relative à la mise en oeuvre du pacte de relance pour la ville n° 96-987 du 14 novembre 1996.....</b>	<b>17</b>
- Article 14 [pour info] .....	17
<b>IV - Loi de finances pour 2002 n° 2001-1275 du 28 décembre 2001 .....</b>	<b>18</b>
- Article 146 [pour info] .....	18
□ <b>Article 15 : Validation de l'accord collectif du 13 juillet 2004 fixant la durée de travail hebdomadaire dans le secteur de l'hôtellerie-restauration (Parlement.Sénat) .....</b>	<b>19</b>
<b>Code du travail .....</b>	<b>19</b>
- Article L. 223-2 [pour info] .....	19
□ <b>Article 23 : Abattement de contribution sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques pour les entreprises éligibles au crédit d'impôt recherche (Gouvernement.Sénat).....</b>	<b>20</b>
<b>I - Code de la sécurité sociale.....</b>	<b>21</b>
- Article L. 138-19 [pour info] .....	21
- Article L. 162-17 [pour info] .....	21
- Article L. 245-6 [pour info] .....	22
- Article L. 245-6-1 [créé par l'article 23].....	22
<b>II - Code général des impôts .....</b>	<b>23</b>
- Article 223 A [pour info] .....	23
- Article 244 quater B [pour info] .....	24
<b>III - Code de la santé publique .....</b>	<b>27</b>
- Article L. 5124-1 [pour info] .....	27

□ <b>Article 24 : Affectation du produit net comptable des cessions des terrains et des bâtiments des établissements de santé à la Caisse nationale d'assurance maladie (Gouvernement.Texte initial) ....</b>	<b>28</b>
□ <b>Article 45 : Conditions d'exercice de la profession de directeur et directeur-adjoint (Parlement.Sénat).....</b>	<b>29</b>
<b>Code de la Santé publique .....</b>	<b>29</b>
- Article L. 6221-9 [ <i>modifié par l'article 45</i> ].....	29
□ <b>Article 47 : Prolongation d'une expérimentation (Gouvernement.Sénat).....</b>	<b>31</b>
<b>Code de la sécurité sociale .....</b>	<b>31</b>
- Article L. 162-5 [ <i>pour info</i> ] .....	31
- Article L. 162-14-1 [ <i>pour info</i> ] [ <i>modifié par l'article 71</i> ].....	33
□ <b>Article 52 : Fonctionnement de l'ordre des pharmaciens (Parlement.Sénat) .....</b>	<b>35</b>
<b>Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions .....</b>	<b>35</b>
- Article 2 [ <i>pour info</i> ] .....	35
- Article 14 [ <i>modifié par l'article 52</i> ].....	36
□ <b>Article 57 : Contenu de l'accord-cadre conclu entre le comité économique des produits de santé et les laboratoires pharmaceutiques (Gouvernement.Sénat) .....</b>	<b>37</b>
<b>Code de la sécurité sociale .....</b>	<b>37</b>
- Article L. 162-17-4 [ <i>modifié par les articles 56 II, 57 et 61</i> ] .....	37
□ <b>Article 68 : Information de l'observatoire des risques médicaux (Gouvernement.Sénat) .....</b>	<b>39</b>
<b>I - Code de la santé publique .....</b>	<b>40</b>
- Article L. 1142-2 [ <i>pour info</i> ] .....	40
- Article L. 1142-5 [ <i>pour info</i> ] .....	40
- Article L. 1142-29 [ <i>modifié par l'article 68 I</i> ] .....	41
- Article L. 4135-1 [ <i>pour info</i> ] .....	41
- Article L. 4135-2 [ <i>créé par l'article 68 I</i> ].....	41
<b>II - Code des assurances.....</b>	<b>42</b>
- Article L. 113-3 [ <i>pour info</i> ] .....	42
- Article L. 113-4 [ <i>pour info</i> ] .....	42
- Article L. 113-6 [ <i>pour info</i> ] .....	43
- Article L. 113-9 [ <i>pour info</i> ] .....	43
- Article L. 251-2 [ <i>pour info</i> ] .....	43
- Article L. 251-3 [ <i>créé par l'article 68 II</i> ] .....	44
- Article L. 310-12 [ <i>pour info</i> ] .....	44
- Article L. 310-18 [ <i>pour info</i> ] .....	45

□	<b>Article 76 : modalités de fonctionnement du centre national de gestion de la fonction publique hospitalière (Gouvernement.Assemblée nationale) .....</b>	<b>47</b>
	<b>I - Code de la sécurité sociale.....</b>	<b>48</b>
	- Article L. 162-22-15 [pour info] .....	48
	- Article L. 174-2 [pour info] .....	48
	<b>II - Code de la santé publique.....</b>	<b>48</b>
	- Article L. 6141-7-2 [pour info] [modifié par l'article 93 II] .....	48
	- Article L. 6152-1 [pour info] .....	49
	<b>III - Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986.....</b>	<b>49</b>
	- Article 89 [modifié par l'article 76 II] .....	49
□	<b>Article 81 : compétence des chambres disciplinaires de l'ordre national des médecins (Parlement.Sénat).....</b>	<b>50</b>
	<b>I - Code de la santé publique .....</b>	<b>50</b>
	- Article L. 4124-6 [pour info] .....	50
	- Article L. 4133-1-1 [modifié par l'article 81] .....	51
	<b>II - Code de la sécurité sociale .....</b>	<b>51</b>
	- Article L. 145-1 [pour info] .....	51
□	<b>Article 82 : Consultation du « web médecin » par les assurés (Parlement.Sénat) .....</b>	<b>52</b>
	<b>Code de la sécurité sociale .....</b>	<b>52</b>
	- Article L. 162-4-3 [modifié par l'article 82] .....	52
□	<b>Article 87 : Droit de recours accordé aux établissements publics sociaux et médico-sociaux (Parlement.Sénat).....</b>	<b>53</b>
	<b>I - Code de l'action sociale et des familles .....</b>	<b>53</b>
	- Article L. 315-16 [modifié par l'article 87].....	53
	<b>II - Code civil.....</b>	<b>54</b>
	- Article 205 [pour info] .....	54
	- Article 206 [pour info] .....	54
	- Article 207 [pour info] .....	54
	- Article 212 [pour info] .....	54
□	<b>Article 90 : Conditions de versement de la prestation compensatoire (Gouvernement. Sénat) .....</b>	<b>55</b>
	<b>I – Code de l'action sociale et des familles.....</b>	<b>55</b>
	- Article L. 245-13 [modifié par l'article 90].....	55
□	<b>Article 95 : Compétences des missions régionales de santé (Gouvernement.Sénat) .....</b>	<b>56</b>
	<b>I - Code de la sécurité sociale.....</b>	<b>56</b>
	- Article L. 162-5 [pour info] .....	56
	- Article L. 162-5-14 [modifié par les articles 95 II et 104 VII] .....	58
	- Article L. 162-47 [modifié par l'article 95 I et II] .....	58
	- Article L. 221-1-1 [pour info] [modifié par l'article 94 II] .....	59

<b>II – Code de la santé publique</b> .....	<b>61</b>
- Article L. 6314-1 [pour info] [modifié par l'article 104 I et VI] .....	61
□ <b>Article 96 : Création d'un fonds des actions conventionnelles     (Gouvernement.Sénat)</b> .....	<b>62</b>
<b>I - Code de la santé publique</b> .....	<b>63</b>
- Article L. 6323-1 [pour info] .....	63
<b>II - Code de la sécurité sociale</b> .....	<b>63</b>
- Article L. 162-14-1 [pour info] .....	63
- Article L. 162-32-1 [pour info] [modifié par l'article 71].....	64
- Article L. 221-1-1 [pour info] .....	65
- Article L. 221-1-2 [créé par l'article 96 I] .....	66
<b>III - Code du travail</b> .....	<b>67</b>
- Article L. 241-6-1 [pour info] .....	67
<b>IV - Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale</b> .....	<b>67</b>
- Article 4 [pour info] .....	67
<b>V - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie</b> .....	<b>68</b>
- Article 16 [pour info] .....	68
<b>VI - Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des         dépenses de soins</b> .....	<b>69</b>
- Article 4 [abrogé par l'article 96 III] .....	69
□ <b>Article 102 : Droit d'opposition à la convention médicale     (Parlement.Sénat)</b> .....	<b>70</b>
<b>I - Code de la sécurité sociale</b> .....	<b>70</b>
- Article L. 162-15 [modifié par l' article 102 I] .....	70
- Article L. 162-33 [modifié par l' article 102 II] .....	71
□ <b>Article 104 : Permanence des soins (Gouvernement.AN)</b> .....	<b>72</b>
<b>I – Code de la santé publique</b> .....	<b>73</b>
- Article L. 6314-1 [modifié par l'article 104 I et VI] .....	73
<b>II – Code de la sécurité sociale</b> .....	<b>73</b>
- Article L. 114-17 [modifié par l'article 104 V] .....	73
- Article L. 162-1-14 [modifié par les articles 88 VI et 104 V] .....	74
- Article L. 162-1-15 [modifié par l'article 104 II] .....	74
- Article L. 162-5-10 [pour info] .....	75
- Article L. 162-5-14 [modifié par les articles 95 II et 104 VII] .....	75
- Article L. 162-15-1 [modifié par l'article 104 IV] .....	75
- Article L. 162-16-1 [modifié par l'article 104 III] .....	76
- Article L. 162-22-18 [modifié par l'article 104 V] .....	76
- Article L. 524-7 [modifié par l'article 104 V] .....	77
□ <b>Article 106 : Extinction de la faculté conventionnelle de mise à la retraite     d'office avant soixante-cinq ans (Gouvernement.Texte initial) ...</b>	<b>78</b>
<b>I – Code du travail</b> .....	<b>79</b>
- Article L. 122-14-13 [modifié par l'article 106] .....	79
- Article L. 322-4 [pour info] .....	80

- Article L. 352-3 [pour info] .....	81
<b>II – Code de la sécurité sociale .....</b>	<b>81</b>
- Article L. 137-10 [pour info] .....	81
- Article L. 351-1 [pour info] .....	82
- Article L. 351-8 [pour info] .....	83
<b>□ Article 111 : Régimes de retraite complémentaires facultatifs (Parlement. Sénat) .....</b>	<b>84</b>
<b>I - Code de la sécurité sociale.....</b>	<b>84</b>
- Article L. 644-1 [pour info] .....	84
- Article L. 723-14 [pour info] .....	85
<b>II - Code de la mutualité .....</b>	<b>85</b>
- Article L. 212-11 [pour info] .....	85
<b>III - Code des assurances .....</b>	<b>86</b>
- Article L. 324-1 [pour info] .....	86
<b>□ Article 115 : Compensation à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales du transfert des fonctionnaires d'Etat (Parlement. Sénat) .....</b>	<b>88</b>
<b>I - Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales.....</b>	<b>88</b>
- Article 108 [modifié par l'article 115].....	88
<b>□ Article 117 : Augmentation de la part de l'Etat dans le financement du Fiva (Parlement. Sénat).....</b>	<b>89</b>
<b>□ Article 134 : Aménagement du régime du dossier médical personnel (Gouvernement. Sénat) .....</b>	<b>90</b>
<b>I - Code de la sécurité sociale.....</b>	<b>91</b>
- Article L. 161-36-1 [pour info] .....	91
- Article L. 161-36-2 [pour info] .....	92
- Article L. 161-36-2-2 [créé par l'article 134 I] .....	92
- Article L. 161-36-4 [modifié par l'article 134 I] .....	92
- Article L. 161-36-4-1 [créé par l'article 134 I] .....	92
- Article L. 161-36-4-2 [créé par l'article 134 I] .....	93
<b>II - Code de la santé publique.....</b>	<b>93</b>
- Article L. 1110-4 [pour info] .....	93
- Article L. 1111-7 [pour info] .....	94
- Article L. 1111-8 [modifié par l'article 134 III] .....	94
- Article L. 1111-8-1 [créé par l'article 134 V] .....	95
- Article L. 4231-2 [modifié par l'article 134 II] .....	96
<b>III - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.....</b>	<b>96</b>
- Article 5 [abrogé par l'article 134 VI] .....	96
<b>□ Article 138 : Création d'un répertoire commun aux organismes sociaux (Parlement. AN) .....</b>	<b>97</b>
<b>I - Code de la sécurité sociale.....</b>	<b>97</b>
- Article L. 114-12 [pour info] [modifié par l'article 139 I].....	97

- Article 114-12-1 [ <i>créé par l'article 138 I</i> ].....	98
<b>II - Code du travail</b> .....	<b>99</b>
- Article L. 351-21 [ <i>pour info</i> ] .....	99
<b>III - Livre des procédures fiscales</b> .....	<b>99</b>
- Article L. 161 [ <i>abrogé par l'article 138 II</i> ] .....	99



## **Article 13 :** **Instauration d'un prélèvement social proportionnel** **(Gouvernement.Sénat)**

I. – Après l'article L. 131-6-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 131-6-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 131-6-2. – Les cotisations obligatoires de sécurité sociale applicables aux travailleurs non-salariés non agricoles visés aux articles 50-0 ou 102 ter du code général des impôts font l'objet d'une exonération égale à la différence, si elle est positive, entre le total des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables et des fractions de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux.

« Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables pendant les périodes au cours desquelles les travailleurs non-salariés non agricoles bénéficient des exonérations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 161-1-1, aux articles L. 161-1-2, L. 161-1-3, L. 756-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 756-5 du présent code, ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville et à l'article 146 de la loi de finances pour 2002 (n° 2001-1275 du 28 décembre 2001). »

II. – Un décret prévoit les conditions d'application du I et notamment le montant des fractions prévues au premier alinéa de l'article L. 31-6-2 du code de la sécurité sociale ainsi que les conditions que doivent remplir les bénéficiaires de l'exonération prévue au même alinéa.

III. – L'article L. 131-6 du même code est ainsi modifié :

1° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

« Les cotisations sont établies sur une base annuelle. Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'avant-dernière année ou de revenus forfaitaires. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Par dérogation aux quatrième et sixième alinéas, les travailleurs non-salariés entrant dans le champ de l'exonération visée à l'article L. 131-6-2 peuvent demander annuellement, pour l'année au cours de laquelle débute leur activité professionnelle et les deux années civiles suivantes, à ce que l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables soient calculées trimestriellement en fonction de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux. Ce régime est applicable l'année de création de l'entreprise et le reste pendant l'année civile au cours de laquelle les limites de chiffre d'affaires ou de recettes prévues par les articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont dépassées. »

IV. – Dans le premier alinéa de l'article L. 131-6-1 du même code, après les mots : « code du travail », sont insérés les mots : « et lorsqu'il n'est pas fait application du dernier alinéa de l'article L. 131-6 ».

V. – L'article L. 136-3 du même code est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« La contribution est établie à titre annuel. Elle est assise, à titre provisionnel, sur le revenu professionnel de l'avant-dernière année précédant celle au titre de laquelle elle est due. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la contribution fait l'objet d'une régularisation. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Par dérogation aux troisième et quatrième alinéas, les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 131-6 sont applicables lorsque les employeurs ou les travailleurs indépendants ont exercé l'option prévue par ledit alinéa. »

VI. – L'article L. 133-6-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, les travailleurs indépendants relevant des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 131-6 sont dispensés de la déclaration de revenus auprès du régime social des indépendants. »

VII. – Un décret détermine les conditions d'application des III à VI, et notamment les obligations déclaratives des travailleurs non salariés.

VIII. – Le I s'applique pour la première fois pour le calcul des cotisations assises sur les revenus de l'année 2007.

## I - Code de la sécurité sociale

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

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement.

Chapitre 1er : Assiette et régime fiscal des cotisations.

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

### **- Article L. 131-6 [modifié par les articles 10 I et l'article 13 III]**

*(Loi n° 94-126 du 11 février 1994 art. 33 I Journal Officiel du 13 février 1994 en vigueur le 1er janvier 1995 ; Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 44, art. 45 I Journal Officiel du 5 février 1995 ; Loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 art. 9 Journal Officiel du 15 novembre 1996 ; Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 7 1° Journal Officiel du 27 décembre 1998 ; Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 11 I Journal Officiel du 30 décembre 1999 ; Loi n° 2003-721 du 1 août 2003 art. 35 I Journal Officiel du 5 août 2003 ; Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 9 I Journal Officiel du 19 décembre 2003 ; Ordonnance n° 2003-1213 du 18 décembre 2003 art. 4 I Journal Officiel du 20 décembre 2003 ; Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 art. 10 IV Journal Officiel du 3 août 2005)*

Les cotisations d'assurance maladie et maternité et d'allocations familiales des travailleurs non salariés non agricoles et les cotisations d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles ou commerciales sont assises sur le revenu professionnel non salarié ou, le cas échéant, sur des revenus forfaitaires.

~~Le revenu professionnel pris en compte est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant déductions, abattements et exonérations mentionnés aux articles 44 quater, 44 sexies, 44 septies et 44 octies, au deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du code général des impôts, à l'exception des cotisations versées aux régimes facultatifs institués dans les conditions fixées par l'article L. 635 1 du présent code par les assurés ayant adhéré auxdits régimes avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, au 4 bis et aux quatrième, cinquième et sixième alinéas du a du 5 de l'article 158 et aux articles 238 bis HA et 238 bis HC du code général des impôts. Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts et des plus-values et moins-values à long terme ainsi que des provisions mentionnées aux articles 39 octies E et 39 octies F du code général des impôts.~~

**Le revenu professionnel pris en compte est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant les déductions et exonérations mentionnées aux articles 44 sexies, 44 sexies A, 44 octies, 44 octies A, 44 undecies et 151 septies A et au deuxième alinéa du I de l'article 154 bis du code général des impôts, à l'exception des cotisations versées aux régimes facultatifs par les assurés ayant adhéré à ces régimes avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des provisions mentionnées aux articles 39 octies E et 39 octies F du même code et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du même code.**

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

~~Les cotisations sont calculées, chaque année, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'avant dernière année ou des revenus forfaitaires. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.~~

**Les cotisations sont établies sur une base annuelle. Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'avant-dernière année ou de revenus forfaitaires. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.**

Le montant des acomptes provisionnels de cotisations sociales dus au titre d'une année civile peut être calculé sur la base des revenus de cette année estimés par l'assuré sur demande de celui-ci à l'organisme de

recouvrement. Une majoration de retard de 10 % est appliquée sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels lorsque le revenu définitif au titre de la même période est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré. Cette majoration est recouvrée et contrôlée dans les conditions fixées aux articles L. 244-3 et L. 244-9.

Sans préjudice du précédent alinéa, les cotisations mentionnées au premier alinéa dues au titre de la première année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder dix-huit fois la valeur de la base mensuelle de calcul des prestations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente ; celles dues au titre de la deuxième année civile d'activité sont calculées à titre provisionnel sur une base forfaitaire qui ne peut excéder vingt-sept fois cette valeur.

~~Par dérogation aux quatrième et sixième alinéas, et sans préjudice de l'article L. 131-6-1, les travailleurs non salariés imposés suivant le régime visé à l'article 50-0 ou à l'article 102 ter du code général des impôts peuvent demander à ce que leurs cotisations soient, dès l'année au titre de laquelle elles sont dues, calculées sur la base du revenu effectivement réalisé.~~

**Par dérogation aux quatrième et sixième alinéas, les travailleurs non-salariés entrant dans le champ de l'exonération visée à l'article L. 131-6-2 peuvent demander annuellement, pour l'année au cours de laquelle débute leur activité professionnelle et les deux années civiles suivantes, à ce que l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables soient calculées trimestriellement en fonction de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux. Ce régime est applicable l'année de création de l'entreprise et le reste pendant l'année civile au cours de laquelle les limites de chiffre d'affaires ou de recettes prévues par les articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont dépassées.**

*Nota : Loi 2003-1199 2003-12-18 art. 9 III : les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des revenus des années 2003 et suivantes.*

*Nota : Ordonnance 2003-1213 2003-12-18 art. 4 IV : les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations et contributions dues à compter du 1er janvier 2004.*

#### **- Article L. 131-6-1** [modifié par l'article 13 IV]

*(Loi n° 2003-721 du 1 août 2003 art. 36 I Journal Officiel du 5 août 2003 ; Ordonnance n° 2003-1213 du 18 décembre 2003 art. 4 III Journal Officiel du 20 décembre 2003)*

Par dérogation aux quatrième et sixième alinéas de l'article L. 131-6, aux troisième et quatrième alinéas de l'article L. 136-3 et au quatrième alinéa de l'article L. 953-1 du code du travail **et lorsqu'il n'est pas fait application du dernier alinéa de l'article L. 131-6**, sur demande du travailleur non salarié, il n'est exigé aucune cotisation ou contribution, provisionnelle ou définitive, pendant les douze premiers mois suivant le début de l'activité non salariée.

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

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

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

*Nota : Loi 2003-721 2003-08-01 art. 36 IV : les dispositions du présent article sont applicables aux entreprises créées ou reprises à compter du 1er janvier 2004.*

*Nota : Ordonnance 2003-1213 2003-12-18 art. 4 IV : les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations et contributions dues à compter du 1er janvier 2004.*

#### **- Article L. 131-6-2** [créé par l'article 13 I]

**Les cotisations obligatoires de sécurité sociale applicables aux travailleurs non-salariés non agricoles visés aux articles 50-0 ou 102 ter du code général des impôts font l'objet d'une exonération égale à la différence, si elle est positive, entre le total des cotisations et contributions sociales dont ils sont redevables et des fractions de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux.**

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables pendant les périodes au cours desquelles les travailleurs non-salariés non agricoles bénéficient des exonérations mentionnées au premier alinéa de l'article L. 161-1-1, aux articles L. 161-1-2, L. 161-1-3, L. 756-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 756-5 du présent code, ainsi qu'à l'article 14 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville et à l'article 146 de la loi de finances pour 2002 (n° 2001-1275 du 28 décembre 2001).

[Nota : [II] s'applique pour la première fois pour le calcul des cotisations assises sur les revenus de l'année 2007.]

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

Section 2 : Interlocuteur social unique pour les indépendants.

### **- Article L. 133-6-2 [modifié par l'article 13 VI]**

(inséré par Ordonnance n° 2005-1529 du 8 décembre 2005 art. 1 III Journal Officiel du 9 décembre 2005 en vigueur le 1er janvier 2007)

Pour le calcul et le recouvrement des cotisations et contributions sociales mentionnées à l'article L. 133-6, les travailleurs indépendants doivent souscrire, auprès du régime social des indépendants, une seule déclaration de revenus.

Le régime social des indépendants peut déléguer, par convention agréée par l'autorité administrative, la collecte et le traitement de cette déclaration aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1, L. 611-20 et L. 752-4. Cette convention détermine les modalités de transmission des informations recueillies aux organismes chargés du calcul et du recouvrement des cotisations et contributions.

**Par dérogation au premier alinéa, les travailleurs indépendants relevant des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 131-6 sont dispensés de la déclaration de revenus auprès du régime social des indépendants.**

Nota : Ordonnance 2005-1529 2005-12-08 art. 8 : les présentes dispositions sont applicables à compter du 1er janvier 2007. Toutefois, un décret en Conseil d'Etat peut reporter cette date au plus tard au 1er janvier 2008.

Chapitre 6 : Contribution sociale généralisée.

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

### **- Article L. 136-3 [modifié par les articles 10 I et 13 V]**

(Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 art. 7 I, art. 8 IV Journal Officiel du 23 juillet 1993 ; Loi n° 94-126 du 11 février 1994 art. 34 Journal Officiel du 13 février 1994 ; Loi n° 94-126 du 11 février 1994 art. 33 II Journal Officiel du 13 février 1994 en vigueur le 1er janvier 1995 ; Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 45 II Journal Officiel du 5 février 1995 ; Loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 art. 9 Journal Officiel du 15 novembre 1996 ; Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 7 3° Journal Officiel du 27 décembre 1998 ; Loi n° 2003-721 du 1 août 2003 art. 35 II Journal Officiel du 5 août 2003 ; Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 112 1° Journal Officiel du 22 août 2003 ; Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 9 II Journal Officiel du 19 décembre 2003 ; Ordonnance n° 2003-1213 du 18 décembre 2003 art. 4 II Journal Officiel du 20 décembre 2003 ; Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 art. 10 IV Journal Officiel du 3 août 2005 ; Loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 art. 76 XIII finances pour 2006 Journal Officiel du 31 décembre 2005)

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

~~Pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa, il n'est pas tenu compte des reports déficitaires ainsi que des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts et des plus values et moins values professionnelles à long terme ainsi que des provisions mentionnées aux articles 39 octies E et 39 octies F du code général des impôts. Les revenus sont majorés des déductions mentionnées aux articles 44 quater, 44 sexies, 44 septies et 44 octies, et aux articles 238 bis HA à 238 bis HC du code général des impôts. Les cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 bis du code général des impôts, ainsi que les sommes visées à l'article L. 443-8 du code du travail et versées au bénéfice de l'employeur et du travailleur indépendant, sont ajoutées au bénéfice pour le calcul de la contribution à l'exception de celles prises en compte dans le revenu défini à l'article L. 242-11.~~

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

~~La contribution est, à titre provisionnel, assise sur le revenu professionnel de l'avant dernière année précédant celle au titre de laquelle elle est due. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la contribution fait l'objet d'une régularisation.~~

**La contribution est établie à titre annuel. Elle est assise, à titre provisionnel, sur le revenu professionnel de l'avant-dernière année précédant celle au titre de laquelle elle est due. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la contribution fait l'objet d'une régularisation.**

Pour les employeurs et travailleurs indépendants ainsi que pour les titulaires de bénéfices non commerciaux et de bénéfices industriels et commerciaux visés au troisième alinéa du présent article débutant leur activité professionnelle, la contribution est, à titre provisionnel, calculée sur la base d'un revenu égal à dix-huit fois la base mensuelle de calcul des allocations familiales en vigueur au 1er octobre de l'année précédente. Ne sont assimilées à un début d'activité ni la modification des conditions d'exercice de l'activité professionnelle, ni la reprise d'activité intervenue soit dans l'année au cours de laquelle est survenue la cessation d'activité, soit dans l'année suivante.

Le montant des acomptes provisionnels de contributions sociales dus au titre d'une année civile peut être calculé sur la base des revenus de cette année estimés par l'assuré sur demande de celui-ci à l'organisme de recouvrement. Une majoration de retard de 10 % est appliquée sur l'insuffisance de versement des acomptes provisionnels lorsque le revenu définitif au titre de la même période est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par l'assuré. Cette majoration est recouvrée et contrôlée dans les conditions fixées aux articles L. 244-3 et L. 244-9.

La contribution sociale due au titre de l'année 1991 par les employeurs et travailleurs indépendants ainsi que par les titulaires de bénéfices non commerciaux et de bénéfices industriels et commerciaux visés à l'alinéa précédent est calculée à titre provisionnel sur les revenus professionnels, tels que définis et déterminés au présent article, majorés de 25 p. 100.

~~Par dérogation aux troisième et quatrième alinéas, la contribution est, dès l'année au titre de laquelle elle est due, calculée sur la base du revenu effectivement réalisé lorsque l'employeur ou le travailleur indépendant a exercé l'option prévue au septième alinéa de l'article L. 131-6.~~

**Par dérogation aux troisième et quatrième alinéas, les dispositions du dernier alinéa de l'article L. 131-6 sont applicables lorsque les employeurs ou les travailleurs indépendants ont exercé l'option prévue par ledit alinéa.**

*Nota : Loi 2003-1199 2003-12-18 art. 9 III : les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations et contributions dues au titre des revenus des années 2003 et suivantes.*

*Nota : Ordonnance 2003-1213 2003-12-18 art. 4 IV : les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations et contributions dues à compter du 1er janvier 2004.*

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

Chapitre 1er : Dispositions relatives aux prestations.

Section 1 : Bénéficiaires.

Sous-section 1 : Dispositions communes.

### **- Article L. 161-1-1 [pour info] [modifié par les articles 12 II et 31 IV]**

*(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 27 Journal Officiel du 27 juillet 1994 en vigueur le 1er janvier 1995 ; Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 36 II Journal Officiel du 5 février 1995 ; Loi n° 96-1181 du 30 décembre 1996 art. 136 V finances pour 1997 Journal Officiel du 31 décembre 1996 ; Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 art. 23 II Journal Officiel du 31 juillet 1998 ; Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 19 I 2° Journal Officiel du 24 décembre 2002 ; Loi n° 2003-721 du 1 août 2003 art. 37 II Journal Officiel du 5 août 2003 ; Loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 art. 59 Journal Officiel du 19 janvier 2005)*

Par dérogation aux dispositions en vigueur, l'exercice de leur nouvelle activité par les personnes mentionnées aux 1° à 7° 9° de l'article L. 351-24 du code du travail qui bénéficient de l'aide à la création ou reprise d'entreprise instituée par ledit article ouvre droit, pour une période et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations fixés par décret, à l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales auxquels elles sont affiliées en raison de l'exercice de cette activité et aux prestations servies par ces régimes. La durée de l'exonération, totale ou partielle, peut être prolongée dans des conditions et limites fixées par décret lorsque l'entreprise créée ou reprise entre dans le champ de l'article 50-0 du code général des impôts. Il en va de même lorsque les personnes mentionnées au premier alinéa ont opté pour le régime prévu à l'article 102 ter du même code.

L'exonération prévue à l'alinéa précédent porte :

1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de salariés ;

2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si ces personnes relèvent d'un régime de non-salariés.

L'exonération doit être demandée par l'employeur dans le cas mentionné au 1° et par le non-salarié dans le cas mentionné au 2°.

**L'exonération dont bénéficient les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 351-24 du code du travail ainsi que la prolongation de la durée d'exonération prévue au premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.**

### **- Article L. 161-1-2 [pour info]**

*(inséré par Loi n° 2003-721 du 1 août 2003 art. 16 I Journal Officiel du 5 août 2003)*

Par dérogation aux dispositions en vigueur, la création ou la reprise d'une entreprise, au sens de l'article L. 351-24 du code du travail, ouvre droit pour les créateurs ou repreneurs, au titre des douze premiers mois d'exercice de cette activité et dans la limite d'un plafond de revenus ou de rémunérations, à l'exonération des cotisations dues aux régimes d'assurance maladie, maternité, veuvage, vieillesse, invalidité et décès et d'allocations familiales auxquels ils sont affiliés en raison de l'exercice de cette activité et aux prestations servies par ces régimes lorsqu'ils exercent simultanément une ou plusieurs activités salariées soumises à l'obligation prévue par l'article L. 351-4 du code du travail et qui ont débuté avant cette création ou cette reprise.

Cette exonération porte :

1° Sur les cotisations à la charge de l'employeur et du salarié et afférentes à la fraction des rémunérations versées au cours de la période d'exonération, si les intéressés relèvent d'un régime de salariés ;

2° Sur les cotisations dues au titre de l'activité exercée au cours de la période d'exonération, si les intéressés relèvent d'un régime de non-salariés. Dans ce cas, l'exonération porte également sur les cotisations des accidents du travail.

L'exonération doit être demandée par l'employeur dans le cas mentionné au 1° et par le non-salarié dans le cas mentionné au 2°.

Un décret détermine les modalités d'application du présent article. Il prévoit notamment le plafond de revenu et le nombre minimum d'heures d'activité salariée ou leur durée équivalente ou assimilée qui, d'une part, doit avoir été effectué préalablement à la création ou reprise de l'entreprise, d'autre part, devra l'être pendant les douze mois suivants.

Cette exonération ne pourra être obtenue pour une nouvelle création ou reprise d'entreprise intervenant moins de trois ans après la précédente.

*Nota : Loi 2003-721 2003-08-01 art. 16 III : les dispositions du présent article sont applicables aux créations ou reprises d'entreprises mentionnées à l'article L161-1-2 du code de la sécurité sociale intervenues à partir du 1er janvier 2004.*

### **- Article L. 161-1-3 [pour info]**

*(inséré par Loi n° 2003-721 du 1 août 2003 art. 16 II Journal Officiel du 5 août 2003)*

Lorsque le créateur ou le repreneur d'entreprise bénéficie de l'allocation parentale d'éducation dans les conditions prévues à l'article L. 532-4-1, il bénéficie de l'exonération de cotisations prévue à l'article L. 161-1-2.

*Nota : Loi 2003-721 2003-08-01 art. 16 III : les dispositions du présent article sont applicables aux créations ou reprises d'entreprises mentionnées à l'article L161-1-2 du code de la sécurité sociale intervenues à partir du 1er janvier 2004.*

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses.  
Titre 5 : Départements d'outre-mer.  
Chapitre 6 : Régimes des travailleurs non salariés non agricoles.  
Section 2 : Assurance vieillesse.  
Sous-section 2 : Dispositions applicables aux professions artisanales, industrielles et commerciales.

**- Article L. 756-2** [pour info]

Pour les personnes commençant à exercer dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non-salariée les assujettissant soit au régime d'assurance vieillesse des professions artisanales, soit au régime d'assurance vieillesse des professions industrielles et commerciales, aucune cotisation n'est due au titre de l'année ou de la fraction d'année de début d'exercice .

Section 3 : Cotisations et contributions des employeurs et travailleurs indépendants.

**- Article L. 756-5** [pour info]

*(inséré par Loi n° 2000-1207 du 13 décembre 2000 art. 3 I Journal Officiel du 14 décembre 2000)*

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 242-11, du premier alinéa de l'article L. 612-4, du premier alinéa de l'article L. 633-10 et des premier et quatrième alinéas de l'article L. 131-6, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés non agricoles exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont calculées, à titre définitif, sur la base du dernier revenu professionnel de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires.

Par dérogation aux dispositions du sixième alinéa de l'article L. 131-6, la personne débutant l'exercice d'une activité non salariée non agricole est exonérée des cotisations et contributions pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité.

## II - Code général des impôts

Livre premier : Assiette et liquidation de l'impôt.  
Première Partie : Impôts d'Etat.  
Titre premier : Impôts directs et taxes assimilées.  
Chapitre premier : Impôt sur le revenu.  
Section II : Revenus imposables.  
1re Sous-section : Détermination des bénéficiaires ou revenus nets des diverses catégories de revenus.

**- Article 50-0** [pour info] [modifié par l'article 10 III]

*(Loi n° 91-1323 du 30 décembre 1991 art. 20 I finances rectificative pour 1991 Journal Officiel du 31 décembre 1991 ; Loi n° 94-126 du 11 février 1994 art. 21 Journal Officiel du 13 février 1994 ; Loi n° 96-314 du 12 avril 1996 art. 5 I, III I Journal Officiel du 13 avril 1996 ; Loi n° 98-1266 du 30 décembre 1998 art. 7 II 5, 25, IV finances pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1998 ; Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 6, art. 7 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002 ; Loi n° 2001-1275 du 28 décembre 2001 art. 75 I a 1 finances pour 2002 Journal Officiel du 29 décembre 2001 ; Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 art. 21 finances pour 2003 Journal Officiel du 31 décembre 2002 ; Ordonnance n° 2005-1512 du 7 décembre 2005 art. 7 Journal Officiel du 8 décembre 2005 ; Loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 art. 76 II finances pour 2006 Journal Officiel du 31 décembre 2005)*

1. Les entreprises dont le chiffre d'affaires annuel, ajusté s'il y a lieu au prorata du temps d'exploitation au cours de l'année civile, n'excède pas 76 300 euros hors taxes s'il s'agit d'entreprises dont le commerce principal est de vendre des marchandises, objets, fournitures et denrées à emporter ou à consommer sur place, ou de fournir le logement, ou 27 000 euros hors taxes s'il s'agit d'autres entreprises, sont soumises au régime défini au présent article pour l'imposition de leurs bénéficiaires.

Lorsque l'activité d'une entreprise se rattache aux deux catégories définies au premier alinéa, le régime défini au présent article n'est applicable que si son chiffre d'affaires hors taxes global annuel n'excède pas 76 300 euros et si le chiffre d'affaires hors taxes annuel afférent aux activités de la 2e catégorie ne dépasse pas 27 000 euros.

Le résultat imposable, avant prise en compte des plus ou moins-values provenant de la cession des biens affectés à l'exploitation, est égal au montant du chiffre d'affaires hors taxes diminué d'un abattement de ~~68 %~~ **71 %** pour le chiffre d'affaires provenant d'activités de la 1re catégorie et d'un abattement de ~~45 %~~ **50 %**

pour le chiffre d'affaires provenant d'activités de la 2e catégorie. Ces abattements ne peuvent être inférieurs à 305 euros.

Les plus ou moins-values mentionnées au troisième alinéa sont déterminées et imposées dans les conditions prévues aux articles 39 duodécies à 39 quindécies, sous réserve des dispositions de l'article 151 septies. Pour l'application de la phrase précédente, les abattements mentionnés au troisième alinéa sont réputés tenir compte des amortissements pratiqués selon le mode linéaire.

Sous réserve des dispositions du b du 2, ce régime demeure applicable pour l'établissement de l'imposition due au titre de la première année au cours de laquelle les chiffres d'affaires limites mentionnés aux premier et deuxième alinéas sont dépassés. En ce cas, le montant de chiffre d'affaires excédant ces limites ne fait l'objet d'aucun abattement.

Les dispositions du cinquième alinéa ne sont pas applicables en cas de changement d'activité.

### **- Article 102 ter [pour info] [modifié par l'article 10 III]**

*(Loi n° 91-1323 du 30 décembre 1991 art. 20 III finances rectificative pour 1991 Journal Officiel du 31 décembre 1991 ; Loi n° 96-314 du 12 avril 1996 art. 5 I, III 1 Journal Officiel du 13 avril 1996 ; Loi n° 98-1266 du 30 décembre 1998 art. 7 II 10, IV finances pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1998 ; Loi n° 99-1172 du 30 décembre 1999 art. 91 I, IV finances pour 2000 Journal Officiel du 31 décembre 1999 ; Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 6, art. 7 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002 ; Loi n° 2001-1275 du 28 décembre 2001 art. 75 I a 2 finances pour 2002 Journal Officiel du 29 décembre 2001 ; Loi n° 2002-1575 du 30 décembre 2002 art. 22 finances pour 2003 Journal Officiel du 31 décembre 2002 ; Ordonnance n° 2005-1512 du 7 décembre 2005 art. 7 Journal Officiel du 8 décembre 2005 ; Loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 art. 76 III finances pour 2006 Journal Officiel du 31 décembre 2005)*

1. Le bénéficiaire imposable des contribuables qui perçoivent des revenus non commerciaux d'un montant annuel, ajusté s'il y a lieu au prorata du temps d'activité au cours de l'année civile, n'excédant pas 27 000 euros hors taxes est égal au montant brut des recettes annuelles diminué d'une réfaction forfaitaire de ~~25 %~~ **34 %** avec un minimum de 305 euros.

Les plus ou moins-values provenant de la cession des biens affectés à l'exploitation sont prises en compte distinctement pour l'assiette de l'impôt sur le revenu dans les conditions prévues à l'article 93 quater, sous réserve des dispositions de l'article 151 septies. Pour l'application de la phrase précédente, la réfaction mentionnée au premier alinéa est réputée tenir compte des amortissements pratiqués selon le mode linéaire.

2. Les contribuables visés au 1 portent directement sur la déclaration prévue à l'article 170 le montant des recettes annuelles et des plus ou moins-values réalisées ou subies au cours de cette même année.

3. Sous réserve des dispositions du 6, les dispositions prévues aux 1 et 2 demeurent applicables pour l'établissement de l'imposition due au titre de la première année au cours de laquelle la limite définie au 1 est dépassée. En ce cas, le montant des recettes excédant cette limite ne fait l'objet d'aucun abattement.

Les dispositions du premier alinéa ne sont pas applicables en cas de changement d'activité.

4. Les contribuables visés au 1 doivent tenir et, sur demande du service des impôts, présenter un document donnant le détail journalier de leurs recettes professionnelles.

Lorsqu'il est tenu par un contribuable non adhérent d'une association de gestion agréée, ce document comporte, quelle que soit la profession exercée, l'identité déclarée par le client ainsi que le montant, la date et la forme du versement des honoraires.

5. Les contribuables qui souhaitent renoncer au bénéfice du présent article peuvent opter pour le régime visé à l'article 97.

Cette option doit être exercée dans les délais prévus pour le dépôt de la déclaration visée à l'article 97. Elle est valable deux ans tant que le contribuable reste de manière continue dans le champ d'application du présent article. Elle est reconduite tacitement par période de deux ans. Les contribuables qui désirent renoncer à leur option pour le régime visé à l'article 97 doivent notifier leur choix à l'administration avant le 1er février de l'année suivant la période pour laquelle l'option a été exercée ou reconduite tacitement.

6. Sont exclus de ce régime :

a. Les contribuables qui exercent plusieurs activités dont le total des revenus, abstraction faite des recettes des offices publics ou ministériels, excède la limite mentionnée au 1 ;

b. Les contribuables qui ne bénéficient pas des dispositions des I et II de l'article 293 B. Cette exclusion prend effet à compter du 1er janvier de l'année de leur assujettissement à la taxe sur la valeur ajoutée.

*Nota : Loi 2005-1719 2005-12-30 art. 76 XV Finances pour 2006 : Ces dispositions s'appliquent à compter de l'imposition des revenus de 2006.*



### III - Loi relative à la mise en oeuvre du pacte de relance pour la ville n° 96-987 du 14 novembre 1996

#### **- Article 14** [pour info]

*Modifié par Loi n°2006-396 du 31 mars 2006 art. 34, art. 35 (JORF 2 avril 2006).*

I. - Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole mentionnée aux a et b du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale et qui sont installées dans une zone franche urbaine définie au B du 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 précitée sont exonérées, dans la limite d'un plafond de revenu fixé par décret, et sans préjudice de leurs droits aux prestations, du versement de leurs cotisations sociales au titre de l'assurance maladie et maternité pendant une durée d'au plus cinq ans à compter du 1er janvier 1997 ou à compter du début de la première activité non salariée dans la zone franche urbaine s'il intervient au cours de cette durée de cinq ans.

En cas de poursuite de tout ou partie de l'activité dans une autre zone franche urbaine, l'exonération cesse d'être applicable à la partie de l'activité transférée dans cette zone franche urbaine.

A l'issue de cette période, le bénéfice de l'exonération est maintenu de manière dégressive pendant les trois années suivantes, au taux de 60 % la première année, de 40 % la deuxième année et de 20 % la troisième année.

Pour les entreprises de moins de cinq salariés, le bénéfice de l'exonération est maintenu de manière dégressive au taux de 60 % du montant des cotisations, contributions et versements précités lors des cinq années qui suivent le terme de cette exonération, de 40 % les sixième et septième années et de 20 % les huitième et neuvième années.

II. - Le droit à l'exonération prévue au I est subordonné à la condition que les intéressés soient à jour de leurs obligations à l'égard des organismes de recouvrement des cotisations d'assurance maladie ou aient souscrit un engagement d'apurement progressif de leurs dettes.

III. - Les personnes exerçant, dans une zone franche urbaine définie au B du 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 précitée et figurant sur la liste indiquée au I de l'annexe à la présente loi, une activité non salariée non agricole mentionnée aux a et b du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale sont exonérées, dans les conditions fixées par le I et par le II du présent article, sans préjudice de leurs droits aux prestations, du versement de leurs cotisations sociales au titre de l'assurance maladie et maternité pendant une durée d'au plus cinq ans à compter du 1er janvier 2003 ou à compter de la première année d'activité non salariée dans la zone franche urbaine s'il intervient au plus tard le 31 décembre 2011.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne sont pas applicables aux personnes, à l'exception des entreprises de moins de cinq salariés, qui bénéficient ou ont bénéficié de l'exonération prévue au I ou, sauf si elles se sont installées au cours de l'année 2002 dans une zone franche urbaine, de celle prévue par l'article 146 de la loi de finances pour 2002 (n° 2001-1275 du 28 décembre 2001).

IV. - Les personnes exerçant, dans une zone franche urbaine définie au B du 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 précitée et figurant sur la liste indiquée au I bis de l'annexe à la présente loi, une activité non salariée non agricole mentionnée aux a et b du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale sont exonérées, dans les conditions fixées par le I et le II du présent article et sans préjudice de leurs droits aux prestations, du versement de leurs cotisations sociales au titre de l'assurance maladie et maternité pendant une durée d'au plus cinq ans à compter du 1er janvier 2004 ou à compter du début de la première année d'activité non salariée dans la zone si celui-ci intervient au plus tard le 31 décembre 2011.

V. - Les personnes exerçant, dans une zone franche urbaine telle qu'elle est mentionnée au deuxième alinéa du B du 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 précitée, une activité non salariée non agricole mentionnée aux a et b du 1° de l'article L. 613-1 du code de la sécurité sociale sont exonérées, dans les conditions fixées par les I et II du présent article et sans préjudice de leurs droits aux prestations, du versement de leurs cotisations sociales au titre de l'assurance maladie et maternité pendant une durée d'au plus cinq ans à compter du 1er août 2006 ou à compter du début de la première année d'activité non salariée dans la zone si celui-ci intervient au plus tard le 31 décembre 2011.

## IV - Loi de finances pour 2002 n° 2001-1275 du 28 décembre 2001

### **- Article 146** *[pour info]*

*Modifié par Loi n°2003-1312 du 30 décembre 2003 art. 66 Finances rectificative pour 2003 (JORF 31 décembre 2003).*

I. Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole mentionnée aux a et b du 1° de l'article L. 615-1 du code de la sécurité sociale et qui sont installées dans une zone de redynamisation urbaine définie au A du 3 de l'article 42 de la loi n° 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire bénéficiant de l'exonération prévue à l'article 14 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en oeuvre du pacte de relance pour la ville, dans les conditions prévues au dit article, pendant une durée d'au plus cinq ans à compter du 1er janvier 2002 ou à compter du début de la première activité non salariée dans la zone de redynamisation urbaine s'il intervient au plus tard le 31 décembre 2008.

II. Les dispositions du I ne sont pas applicables aux personnes qui bénéficient ou ont bénéficié de l'exonération prévue à l'article 14 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 précitée.

III. Paragraphe modificateur.

**Article 15 :**  
**Validation de l'accord collectif du 13 juillet 2004 fixant la**  
**durée de travail hebdomadaire dans le secteur de l'hôtellerie-**  
**restauration**  
**(Parlement.Sénat)**

Dans les entreprises et établissements de la branche des hôtels, cafés et restaurants, les majorations et repos compensateurs pour les heures qui peuvent être effectuées entre la trente-sixième et la trente-neuvième heure par les salariés autres que ceux exerçant des activités de nature administrative hors sites d'exploitation sont dues sous la forme forfaitaire de six jours ouvrables supplémentaires aux congés visés à l'article L. 223-2 du code du travail, ainsi que d'un jour férié supplémentaire à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2006. Ces jours supplémentaires peuvent être décomptés des congés de même nature ou ayant le même objet en application d'un accord collectif ou d'une décision de l'employeur.

Les heures comprises entre la trente-sixième et la trente-neuvième heure ouvrent droit aux mêmes exonérations que les heures comprises dans la durée légale du travail.

Ces dispositions sont applicables pour la période allant du 1<sup>er</sup> janvier 2005 à la conclusion d'un accord de branche sur le temps de travail, et au plus tard jusqu'au 31 janvier 2007.

## Code du travail

Livre II : Réglementation du travail.

Titre II : Repos et congés.

Chapitre III : Congés annuels.

Section 2 : Durée du congé.

### **- Article L. 223-2 [pour info]**

*(Loi n° 73-4 du 2 janvier 1973 Journal Officiel du 3 janvier 1973 ; Ordonnance n° 82-41 du 16 janvier 1982 art. 14 Journal Officiel du 17 janvier 1982 en vigueur le 1er février 1982 ; Loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 art. 15 IV Journal Officiel du 20 janvier 2000 en vigueur le 1er février 2000)*

Le travailleur qui, au cours de l'année de référence, justifie avoir été occupé chez le même employeur pendant un temps équivalent à un minimum d'un mois de travail effectif, a droit à un congé dont la durée est déterminée à raison de deux jours et demi ouvrables par mois de travail sans que la durée totale du congé exigible puisse excéder trente jours ouvrables.

Sauf dispositions contraires prévues par une convention ou un accord collectif mentionné aux articles L. 212-8 et L. 212-9, un décret en Conseil d'Etat fixe le début de la période de référence.

Les congés peuvent être pris dès l'ouverture des droits, sans préjudice des articles L. 223-7 et L. 223-8.

L'absence du travailleur ne peut avoir pour effet d'entraîner une réduction de ses droits à congé plus que proportionnelle à la durée de cette absence.

Lorsque le nombre de jours ouvrables calculé conformément aux deux alinéas précédents n'est pas un nombre entier, la durée du congé est portée au nombre entier immédiatement supérieur.

## **Article 23 :**

# **Abattement de contribution sur le chiffre d'affaires des industries pharmaceutiques pour les entreprises éligibles au crédit d'impôt recherche (Gouvernement.Sénat)**

Après l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 245-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 245-6-1. – I. – Peuvent bénéficier d'un abattement de contribution, imputable sur le montant de contribution de l'année fiscale suivante dû en application de l'article L. 245-6 du présent code, les entreprises définies au I de l'article 244 quater B du code général des impôts qui assurent l'exploitation, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

II. – Cet abattement de contribution est égal à la somme :

– d'une part égale à 1,2 % des dépenses visées au b du II de l'article 244 quater B du code général des impôts exposées au cours de l'année civile au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 245-6 du présent code est due,

– d'une autre part égale à 40 % de la différence entre les dépenses visées au b du II de l'article 244 quater B du code général des impôts exposées au cours de l'année civile au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 245-6 du présent code est due et la moyenne des dépenses de même nature, revalorisées de la hausse des prix à la consommation hors tabac, exposées au cours des deux années précédentes, dite part en accroissement.

III. – Pour les seuls besoins de l'application de l'article 244 quater B du code général des impôts, ce crédit de contribution est considéré comme ayant la nature des sommes définies à la première phrase du premier alinéa du III du même article.

IV. – Lorsqu'une entreprise visée au I du présent article appartient à un groupe tel que défini aux articles 223 A et suivants du code général des impôts, le crédit de contribution se trouve calculé sur la base des dépenses définies au II du présent article engagées par l'ensemble des sociétés appartenant à ce groupe. Dans cette hypothèse, le crédit de contribution est considéré, pour les besoins du III, être reçu, dans la limite de ses dépenses définies au II de l'article 244 quater B du code général des impôts par la société visée au I du présent article et, pour le solde éventuel, par les autres sociétés du groupe exposant de telles dépenses dans la même limite.

V. – Lorsqu'un groupe tel que visé à l'article 223 A du code général des impôts intègre plusieurs entreprises définies au I du présent article présentant les caractéristiques d'un groupe tel que visé à l'article L. 138-19 du présent code, le montant du crédit de contribution est réparti, après application individuelle de la règle définie au II, au prorata du montant de contribution dû par chacune des entreprises.

VI. – Lorsque le montant de l'abattement de contribution excède le montant de contribution de l'année fiscale suivante dû en application de l'article L. 245-6 du présent code, le solde non imputé n'est ni restituable, ni reportable.

VII. – Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. L'abattement de contribution est obtenu pour la première fois sur l'activité de recherche et développement au titre de l'année 2007. »

# I - Code de la sécurité sociale

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

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement.

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

Section 2 : Contributions à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique.

## **- Article L. 138-19** [pour info]

*(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 31 I, II 2° Journal Officiel du 27 décembre 1998 ; Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 61 IV Journal Officiel du 21 décembre 2004 ; Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 21 I Journal Officiel du 20 décembre 2005)*

Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques appartient à un groupe, la notion d'entreprise mentionnée à l'article L. 138-10 s'entend de ce groupe.

Le groupe mentionné à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant l'année au cours de laquelle est appelée la contribution, en application des dispositions de l'article L. 233-16 du code de commerce, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article.

Toutefois, la société qui acquitte la contribution adresse à l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet, d'une part, une déclaration consolidée pour l'ensemble du groupe et, d'autre part, pour chacune des sociétés du groupe, une déclaration contenant les éléments non consolidés y afférents.

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

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins.

Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques.

## **- Article L. 162-17** [pour info]

*(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 22 I Journal Officiel du 25 avril 1996 ; Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 32 VII Journal Officiel du 30 décembre 1999 ; Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 40 I Journal Officiel du 26 décembre 2001 ; Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 128 I Journal Officiel du 11 août 2004 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 31 IV Journal Officiel du 17 août 2004)*

Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique et les médicaments bénéficiant d'une autorisation d'importation parallèle mentionnée à l'article L. 5124-17-1 du même code, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

L'inscription d'un médicament sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas peut, au vu des exigences de qualité et de sécurité des soins mettant en oeuvre ce médicament, énoncées le cas échéant par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être assortie de conditions concernant la qualification ou la compétence des prescripteurs, l'environnement technique ou l'organisation de ces soins et d'un dispositif de suivi des patients traités.

En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'Etat détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.

*NOTA : L'article L. 601 auquel il est fait référence dans le premier alinéa a été abrogé par l'ordonnance n° 2000-548 et repris sous les articles L. 5121-8, L. 5121-9, L. 5121-10 et L. 5121-20 de la nouvelle partie législative de la santé publique.*

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Titre 4 : Ressources.

Chapitre 5 : Ressources autres que les cotisations.

Section 2 bis : Contribution sur le chiffre d'affaires des entreprises exploitant une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques prises en charge par l'assurance maladie.

### **- Article L. 245-6 [pour info]**

*(Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 art. 1 II Journal Officiel du 6 janvier 1988 ; Loi n° 91-73 du 18 janvier 1991 art. 40 IV, V Journal Officiel du 20 janvier 1991 ; Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 65 II Journal Officiel du 24 décembre 2002 en vigueur le 1er janvier 2003 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 74 I Journal Officiel du 17 août 2004 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 74 II Journal Officiel du 17 août 2004 ; Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 21 VI J245-ournal Officiel du 20 décembre 2005)*

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

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

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

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

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

### **- Article L. 245-6-1 [créé par l'article 23]**

**I. – Peuvent bénéficier d'un abattement de contribution, imputable sur le montant de contribution de l'année fiscale suivante dû en application de l'article L. 245-6 du présent code, les entreprises définies au I de l'article 244 quater B du code général des impôts qui assurent l'exploitation, au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique, d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 du présent code ou des spécialités inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.**

**II. – Cet abattement de contribution est égal à la somme :**

- d'une part égale à 1,2 % des dépenses visées au b du II de l'article 244 quater B du code général des impôts exposées au cours de l'année civile au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 245-6 du présent code est due,
- d'une autre part égale à 40 % de la différence entre les dépenses visées au b du II de l'article 244 quater B du code général des impôts exposées au cours de l'année civile au titre de laquelle la contribution visée à l'article L. 245-6 du présent code est due et la moyenne des dépenses de même nature, revalorisées de la hausse des prix à la consommation hors tabac, exposées au cours des deux années précédentes, dite part en accroissement.

**III. – Pour les seuls besoins de l'application de l'article 244 quater B du code général des impôts, ce crédit de contribution est considéré comme ayant la nature des sommes définies à la première phrase du premier alinéa du III du même article.**

**IV. – Lorsqu’une entreprise visée au I du présent article appartient à un groupe tel que défini aux articles 223 A et suivants du code général des impôts, le crédit de contribution se trouve calculé sur la base des dépenses définies au II du présent article engagées par l’ensemble des sociétés appartenant à ce groupe. Dans cette hypothèse, le crédit de contribution est considéré, pour les besoins du III, être reçu, dans la limite de ses dépenses définies au II de l’article 244 quater B du code général des impôts par la société visée au I du présent article et, pour le solde éventuel, par les autres sociétés du groupe exposant de telles dépenses dans la même limite.**

**V. – Lorsqu’un groupe tel que visé à l’article 223 A du code général des impôts intègre plusieurs entreprises définies au I du présent article présentant les caractéristiques d’un groupe tel que visé à l’article L. 138-19 du présent code, le montant du crédit de contribution est réparti, après application individuelle de la règle définie au II, au prorata du montant de contribution dû par chacune des entreprises.**

**VI. – Lorsque le montant de l’abattement de contribution excède le montant de contribution de l’année fiscale suivante dû en application de l’article L. 245-6 du présent code, le solde non imputé n’est ni restituable, ni reportable.**

**VII. – Les conditions d’application du présent article sont fixées par décret. L’abattement de contribution est obtenu pour la première fois sur l’activité de recherche et développement au titre de l’année 2007.**

## II - Code général des impôts

Livre premier : Assiette et liquidation de l’impôt.

Première partie : Impôts d’Etat.

Titre premier : Impôts directs et taxes assimilées.

Chapitre II : Impôt sur les bénéfices des sociétés et autres personnes morales.

Section VIII : Groupes de sociétés.

1<sup>re</sup> Sous-section : Dispositions générales.

### **- Article 223 A [pour info]**

*(Loi n° 87-1060 du 30 décembre 1987 art. 68 a finances pour 1988 Journal Officiel du 31 décembre 1987 ; Loi n° 89-935 du 29 décembre 1989 art. 18 VI 1 finances pour 1990 Journal Officiel du 30 décembre 1989 modification directe incorporée dans l’édition du 15 juin 1990 ; Loi n° 91-1322 du 30 décembre 1991 art. 99 II finances pour 1992 Journal Officiel du 31 décembre 1991 ; Loi n° 92-1376 du 30 décembre 1992 art. 12 finances pour 1993 Journal Officiel du 31 décembre 1992 en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1993 ; Loi n° 93-1352 du 30 décembre 1993 art. 82 VI finances pour 1994 Journal Officiel du 31 décembre 1993 ; Loi n° 92-1376 du 30 décembre 1992 art. 11 II finances pour 1993 Journal Officiel du 31 décembre 1992 ; Loi n° 96-314 du 12 avril 1996 art. 13 II 1, III Journal Officiel du 13 avril 1996 ; Loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 art. 28 finances rectificative pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1999 ; Ordonnance n° 2000-912 du 18 septembre 2000 art. 4 I 2<sup>3</sup> Journal Officiel du 21 septembre 2000 ; Loi n° 2001-1275 du 28 décembre 2001 art. 85 I k finances pour 2002 Journal Officiel du 29 décembre 2001 ; Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 93, art. 97 finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)*

Une société peut se constituer seule redevable de l’impôt sur les sociétés dû sur l’ensemble des résultats du groupe formé par elle-même et les sociétés dont elle détient 95 p. 100 au moins du capital, de manière continue au cours de l’exercice, directement ou indirectement par l’intermédiaire de sociétés du groupe. Dans ce cas, elle est également redevable de l’imposition forfaitaire annuelle due par les sociétés du groupe. Le capital de la société mère ne doit pas être détenu à 95 % au moins, directement ou indirectement, par une autre personne morale soumise à l’impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun ou selon les modalités prévues aux articles 214 et 217 bis. Toutefois, le capital de la société mère peut être détenu indirectement à 95 % ou plus par une autre personne morale soumise à l’impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun ou selon les modalités prévues aux articles 214 et 217 bis, par l’intermédiaire d’une ou plusieurs personnes morales non soumises à cet impôt dans ces mêmes conditions.

Si l’exercice d’options de souscription d’actions dans les conditions prévues à l’article L. 225-183 du code de commerce a pour effet, au cours d’un exercice, de réduire à moins de 95 p. 100 la participation dans le capital d’une société filiale, ce capital est réputé avoir été détenu selon les modalités fixées au premier alinéa si le pourcentage de 95 % est à nouveau atteint à la clôture de l’exercice.

Les sociétés du groupe restent soumises à l’obligation de déclarer leurs résultats qui peuvent être vérifiés dans les conditions prévues par les articles L. 13, L. 47 et L. 57 du livre des procédures fiscales. La société mère supporte, au regard des droits et des pénalités visées à l’article 2 de la loi n° 87-502 du 8 juillet 1987 modifiant les procédures fiscales et douanières, les conséquences des infractions commises par les sociétés du groupe.

Seules peuvent être membres du groupe les sociétés qui ont donné leur accord et dont les résultats sont soumis à l'impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun ou selon les modalités prévues aux articles 214 et 217 bis.

Les sociétés du groupe doivent ouvrir et clore leurs exercices aux mêmes dates ; les exercices ont en principe, une durée de douze mois. Par exception, la durée d'un exercice des sociétés du groupe peut être inférieure ou supérieure à douze mois, sans préjudice des dispositions de l'article 37. Cette exception ne peut s'appliquer qu'une seule fois au cours d'une période couverte par une même option. La modification de la date de clôture de l'exercice doit être notifiée au plus tard à l'expiration du délai prévu au deuxième alinéa du 1 de l'article 223 pour le dépôt de la déclaration de résultat de l'exercice précédant le premier exercice concerné. L'option mentionnée au premier alinéa est notifiée au plus tard à l'expiration du délai prévu au deuxième alinéa du 1 de l'article 223 pour le dépôt de la déclaration de résultat de l'exercice précédant celui de l'exercice au titre duquel le régime défini au présent article s'applique. Elle est valable pour une période de cinq exercices. Elle est renouvelée par tacite reconduction, sauf dénonciation au plus tard à l'expiration du délai prévu au 1 de l'article 223 pour le dépôt de la déclaration de résultat du dernier exercice de chaque période .

Pour chacun des exercices arrêtés au cours de la période de validité de l'option, la société mère notifie, au plus tard à la date mentionnée au cinquième alinéa, la liste des sociétés membres du groupe ainsi que l'identité des sociétés qui cessent d'être membres de ce groupe. A défaut, le résultat d'ensemble est déterminé à partir du résultat des sociétés mentionnées sur la dernière liste notifiée au service dans le délai indiqué à la phrase qui précède si ces sociétés continuent à remplir les conditions prévues à la présente section.

Chaque société du groupe est tenue solidairement au paiement de l'impôt sur les sociétés, de l'imposition forfaitaire annuelle et, le cas échéant, des intérêts de retard, majorations et amendes fiscales correspondantes, dont la société mère est redevable, à hauteur de l'impôt et des pénalités qui seraient dus par la société si celle-ci n'était pas membre du groupe.

Chapitre IV : Dispositions communes aux impôts et taxes, revenus et bénéfices visés aux chapitres I à III.

Section II : Impôt sur le revenu et impôt sur les sociétés.

XXVII : Crédit d'impôt pour dépenses de recherche effectuées par les entreprises industrielles et commerciales ou agricoles.

### **- Article 244 quater B [pour info]**

*(Loi n° 82-1126 du 29 décembre 1982 art. 67 I a III, IV 1ère phrase, VI finances pour 1983 Journal Officiel du 30 décembre 1982 date d'entrée en vigueur 1 JANVIER 1983. Loi n° 85-1376 du 23 décembre 1985 art. 4 I, II Journal Officiel du 27 décembre 1985 ; Loi n° 86-1318 du 30 décembre 1986 art. 23 finances rectificative pour 1986 Journal Officiel du 31 décembre 1986 ; Loi n° 87-1060 du 30 décembre 1987 art. 7 IV finances pour 1988 Journal Officiel du 31 décembre 1987 ; Loi n° 89-935 du 29 décembre 1989 art. 20 I III, IV V finances pour 1990 Journal Officiel du 30 décembre 1989 ; Loi n° 90-1168 du 29 décembre 1990 art. 29 II 2, art. 82 3 Finances pour 1991) ; Loi n° 90-1169 du 29 décembre 1990 art. 21 finances rectificative pour 1990, Journal Officiel du 30 décembre 1990 ; Loi n° 91-1323 du 30 décembre 1991 art. 58, art. 61 finances rectificative pour 1991 Journal Officiel du 31 décembre 1991 ; Loi n° 92-1376 du 30 décembre 1992 art. 20 I, II IV finances pour 1993 Journal Officiel du 31 décembre 1992 en vigueur le 1er janvier 1993 ; Loi n° 92-1476 du 31 décembre 1992 art. 51 VII finances rectificative pour 1992 Journal Officiel du 5 janvier 1993 ; Loi n° 93-1352 du 30 décembre 1993 art. 19 finances pour 1994 Journal Officiel du 31 décembre 1993 ; Loi n° 94-1163 du 29 décembre 1994 art. 44 finances rectificative pour 1994 Journal Officiel du 30 décembre 1994 ; Loi n° 95-115 du 4 février 1995 art. 15 Journal Officiel du 5 février 1995 ; Loi n° 95-1346 du 30 décembre 1995 art. 73 I finances pour 1996 Journal Officiel du 31 décembre 1995 ; Loi n° 98-1266 du 30 décembre 1998 art. 91 I a, b, art. 92 I II finances pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1998 ; Loi n° 99-587 du 12 juillet 1999 art. 8 Journal Officiel du 13 juillet 1999 ; Loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 art. 16 I finances rectificative pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1999 ; Décret n° 2000-477 du 2 juin 2000 art. 1 Journal Officiel du 3 juin 2000 ; Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 6, art. 7 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002 ; Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 87 I c finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003 ; Loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 art. 24 II g finances pour 2005 Journal Officiel du 31 décembre 2004 ; Loi n° 2004-1485 du 30 décembre 2004 art. 41 I, art 45 I finances rectificative pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2004 ; Décret n° 2005-330 du 6 avril 2005 art. 1 Journal Officiel du 8 avril 2005 ; Loi n° 2005-1719 du 30 décembre 2005 art. 22 II finances pour 2006 Journal Officiel du 31 décembre 2005 ; Loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 art. 29 I Journal Officiel du 2 avril 2006)*

I. - Les entreprises industrielles et commerciales ou agricoles imposées d'après leur bénéfice réel ou exonérées en application des articles 44 sexies, 44 sexies A, 44 septies, 44 octies, 44 octies A, 44 decies et 44 undecies qui exposent des dépenses de recherche peuvent bénéficier d'un crédit d'impôt égal à la somme :

- a. D'une part égale à 10 % des dépenses de recherche exposées au cours de l'année, dite part en volume ;
- b. Et d'une part égale à 40 % de la différence entre les dépenses de recherche exposées au cours de l'année et la moyenne des dépenses de même nature, revalorisées de la hausse des prix à la consommation hors tabac, exposées au cours des deux années précédentes, dite part en accroissement.



Lorsque cette dernière est négative, elle est imputée sur les parts en accroissement calculées au titre des dépenses engagées au cours des cinq années suivantes. Le montant imputé est plafonné à la somme des parts positives de même nature antérieurement calculées.

Le crédit d'impôt négatif qui trouvait son origine en 2003 ou au cours d'une année antérieure s'impute sur les parts en accroissement relatives aux dépenses engagées à compter du 1er janvier 2004 dans les mêmes conditions.

En cas de fusion ou opération assimilée, la part en accroissement négative du crédit d'impôt de la société apporteuse non encore imputée est transférée à la société bénéficiaire de l'apport.

A l'exception du crédit d'impôt imputable par la société mère dans les conditions prévues à l'article 223 O, le crédit d'impôt est plafonné pour chaque entreprise, y compris les sociétés de personnes, à 10 000 000 Euros. Il s'apprécie en prenant en compte la fraction de la part en accroissement et de la part en volume du crédit d'impôt correspondant aux parts des associés de sociétés de personnes mentionnées aux articles 8 et 238 bis L et aux droits des membres de groupements mentionnés aux articles 239 quater, 239 quater B et 239 quater C, le cas échéant majoré de la part en accroissement et de la part en volume calculées au titre des dépenses de recherche que ces associés ou membres ont exposées.

Lorsque la somme de la part en volume et de la part en accroissement du crédit d'impôt des sociétés et groupements visés à la dernière phrase de l'alinéa précédent excède le plafond mentionné à ce même alinéa, le montant respectif de ces parts pris en compte pour le calcul du crédit d'impôt dont bénéficient leurs associés ou leurs membres est égal au montant du plafond multiplié par le rapport entre le montant respectif de chacune de ces parts et leur somme avant application du plafond. Lorsque la part en accroissement est négative, la part en volume prise en compte est limitée au plafond précité et la part en accroissement prise en compte est la part en accroissement multipliée par le rapport entre le plafond et le montant de la part en volume.

Les dispositions du présent article s'appliquent sur option annuelle de l'entreprise. Par exception, l'option est exercée pour cinq ans lorsqu'elle est formulée par des sociétés de personnes mentionnées aux articles 8 et 238 bis L et par des groupements mentionnés aux articles 239 quater, 239 quater B et 239 quater C.

Lorsque l'option, après avoir été exercée, n'est plus exercée au titre d'une ou de plusieurs années, le crédit d'impôt de l'année au titre de laquelle l'option est exercée à nouveau est calculé dans les mêmes conditions que si l'option avait été renouvelée continûment.

La fraction du crédit d'impôt qui résulte de la prise en compte de dépenses prévues au h et au i du II exposées à compter du 1er janvier 1999 est plafonnée pour chaque entreprise à 100 000 euros par période de trois ans consécutifs.

## II. Les dépenses de recherche ouvrant droit au crédit d'impôt sont :

- a) Les dotations aux amortissements des immobilisations, créées ou acquises à l'état neuf et affectées directement à la réalisation d'opérations de recherche scientifique et technique, y compris la réalisation de prototypes ou d'installations pilotes. Toutefois, les dotations aux amortissements des immeubles acquis ou achevés avant le 1er janvier 1991 ainsi que celles des immeubles dont le permis de construire a été délivré avant le 1er janvier 1991 ne sont pas prises en compte ;
- b) Les dépenses de personnel afférentes aux chercheurs et techniciens de recherche directement et exclusivement affectés à ces opérations. Lorsque ces dépenses se rapportent à des personnes titulaires d'un doctorat ou d'un diplôme équivalent, elles sont prises en compte pour le double de leur montant pendant les douze premiers mois suivant leur premier recrutement à condition que le contrat de travail de ces personnes soit à durée indéterminée et que l'effectif salarié de l'entreprise ne soit pas inférieur à celui de l'année précédente ;
- c) les autres dépenses de fonctionnement exposées dans les mêmes opérations ; ces dépenses sont fixées forfaitairement à 75 p. 100 des dépenses de personnel mentionnées à la première phrase du b ;

Ce pourcentage est fixé à :

- 1° et 2° (abrogés pour les dépenses retenues pour le calcul du crédit d'impôt à compter du 1er janvier 2000).
- 3° 200 % des dépenses de personnel qui se rapportent aux personnes titulaires d'un doctorat ou d'un diplôme équivalent pendant les douze premiers mois suivant leur premier recrutement à la

condition que le contrat de travail de ces personnes soit à durée indéterminée et que l'effectif salarié de l'entreprise ne soit pas inférieur à celui de l'année précédente.

d) Les dépenses exposées pour la réalisation d'opérations de même nature confiées à des organismes de recherche publics ou à des universités. Ces dépenses sont retenues pour le double de leur montant à la condition qu'il n'existe pas de liens de dépendance au sens des deuxième à quatrième alinéas du 12 de l'article 39 entre l'entreprise qui bénéficie du crédit d'impôt et l'organisme ou l'université.

d bis) Les dépenses exposées pour la réalisation d'opérations de même nature confiées à des organismes de recherche privés agréés par le ministre chargé de la recherche, ou à des experts scientifiques ou techniques agréés dans les mêmes conditions. Pour les organismes de recherche établis dans un Etat membre de la Communauté européenne, ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ayant conclu avec la France une convention fiscale contenant une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude ou l'évasion fiscale, l'agrément peut être délivré par le ministre français chargé de la recherche ou, lorsqu'il existe un dispositif similaire dans le pays d'implantation de l'organisme auquel sont confiées les opérations de recherche, par l'entité compétente pour délivrer l'agrément équivalent à celui du crédit d'impôt recherche français ;

d ter) Les dépenses mentionnées aux d et d bis entrent dans la base de calcul du crédit d'impôt recherche dans la limite globale de deux millions d'euros par an. Cette limite est portée à 10 millions d'euros pour les dépenses de recherche correspondant à des opérations confiées aux organismes mentionnés aux d et d bis, à la condition qu'il n'existe pas de lien de dépendance au sens des deuxième à quatrième alinéas du 12 de l'article 39 entre l'entreprise qui bénéficie du crédit d'impôt et ces organismes ;

e) Les frais de prise et de maintenance de brevets ;

e bis) Les frais de défense de brevets, dans la limite de 120 000 Euros par an ;

f) Les dotations aux amortissements des brevets acquis en vue de réaliser des opérations de recherche et de développement expérimental ;

g) Les dépenses de normalisation afférentes aux produits de l'entreprise, définies comme suit, pour la moitié de leur montant :

1° Les salaires et charges sociales afférents aux périodes pendant lesquelles les salariés participent aux réunions officielles de normalisation ;

2° Les autres dépenses exposées à raison de ces mêmes opérations ; ces dépenses sont fixées forfaitairement à 30 p. 100 des salaires mentionnés au 1° ;

3° Dans des conditions fixées par décret, les dépenses exposées par le chef d'une entreprise individuelle, les personnes mentionnées au I de l'article 151 nonies et les mandataires sociaux pour leur participation aux réunions officielles de normalisation, à concurrence d'un forfait journalier de 450 euros par jour de présence auxdites réunions ;

h) Les dépenses liées à l'élaboration de nouvelles collections exposées par les entreprises industrielles du secteur textile-habillement-cuir et définies comme suit :

1° Les salaires et charges sociales afférents aux stylistes et techniciens des bureaux de style directement et exclusivement chargés de la conception de nouveaux produits et aux ingénieurs et techniciens de production chargés de la réalisation de prototypes ou d'échantillons non vendus ;

2° Les dotations aux amortissements des immobilisations créées ou acquises à l'état neuf qui sont directement affectées à la réalisation d'opérations visées au 1° ;

3° Les autres dépenses de fonctionnement exposées à raison de ces mêmes opérations ; ces dépenses sont fixées forfaitairement à 75 p. 100 des dépenses de personnel mentionnées au 1° ;

4° Les frais de dépôt des dessins et modèles.

5° Les frais de défense des dessins et modèles, dans la limite de 60 000 Euros par an.

i) Les dépenses liées à l'élaboration de nouvelles collections confiée par les entreprises industrielles du secteur textile-habillement-cuir à des stylistes ou bureaux de style agréés selon des modalités définies par décret ;

j) Les dépenses de veille technologique exposées lors de la réalisation d'opérations de recherche, dans la limite de 60 000 Euros par an.

Pour être éligibles au crédit d'impôt mentionné au premier alinéa du I, les dépenses prévues aux a à j doivent être des dépenses retenues pour la détermination du résultat imposable à l'impôt sur le revenu ou à l'impôt sur les sociétés dans les conditions de droit commun et, à l'exception des dépenses prévues aux e bis et j, correspondre à des opérations localisées au sein de la Communauté européenne ou dans un autre Etat partie à l'accord sur l'espace économique européen ayant conclu avec la France une convention fiscale contenant une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude ou l'évasion fiscale.

Les dépenses visées aux a et 2° du h du II ne sont pas retenues pour le calcul du crédit d'impôt recherche lorsque les immobilisations concernées ont bénéficié du crédit d'impôt prévu à l'article 220 septies.

III. Les subventions publiques reçues par les entreprises à raison des opérations ouvrant droit au crédit d'impôt sont déduites des bases de calcul de ce crédit. Il en est de même des sommes reçues par les organismes ou experts désignés au d et au d bis du II, pour le calcul de leur propre crédit d'impôt.

En outre, en cas de transfert de personnels, d'immobilisations ou de contrats mentionnés au d et d bis du II, entre entreprises ayant des liens de dépendance directe ou indirecte, ou résultant de fusions, scissions, apports ou opérations assimilées, il est fait abstraction, pour le calcul de la part en accroissement, de la variation des dépenses provenant exclusivement du transfert.

IV., IV. bis, IV. ter, V. (Dispositions périmées).

VI. Un décret fixe les conditions d'application du présent article. Il en adapte les dispositions aux cas d'exercices de durée inégale ou ne coïncidant pas avec l'année civile.

### III - Code de la santé publique

Cinquième partie : Produits de santé.

Livre Ier : Produits pharmaceutiques.

Titre II : Médicaments à usage humain.

Chapitre IV : Fabrication et distribution en gros.

#### **- Article L. 5124-1** [pour info]

(Loi n° 2004-800 du 6 août 2004 art. 19 III Journal Officiel du 7 août 2004 ; Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 96 Journal Officiel du 11 août 2004)

La fabrication, l'importation, l'exportation et la distribution en gros de médicaments, produits et objets mentionnés à l'article L. 4211-1, la fabrication, l'importation et la distribution des médicaments expérimentaux, à l'exception des préparations de thérapie génique et des préparations de thérapie cellulaire xénogénique, ainsi que l'exploitation de spécialités pharmaceutiques ou autres médicaments, de générateurs, trousseaux ou précurseurs définis aux 8°, 9° et 10° de l'article L. 5121-1 ne peuvent être effectuées que dans des établissements pharmaceutiques régis par le présent chapitre.

**Article 24 :**  
**Affectation du produit net comptable des cessions des terrains  
et des bâtiments des établissements de santé à la Caisse  
nationale d'assurance maladie  
(Gouvernement. Texte initial)**

Les établissements de santé peuvent reverser à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une partie du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments. Les sommes ainsi reversées sont exclusivement affectées au financement des investissements hospitaliers.

## **Article 45 :** **Conditions d'exercice de la profession de directeur et** **directeur-adjoint** **(Parlement.Sénat)**

Les trois premiers alinéas de l'article L. 6221-9 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

« Les directeurs et directeurs adjoints de laboratoires d'analyses de biologie médicale doivent exercer personnellement et effectivement leurs fonctions.

« Ils ne peuvent les exercer dans plus d'un laboratoire. Toutefois, les directeurs adjoints peuvent exercer leurs fonctions à temps partiel dans deux laboratoires situés soit dans une zone géographique constituée de trois départements limitrophes, soit exclusivement dans la région d'Ile-de-France.

« Ils ne peuvent exercer une autre activité pharmaceutique ou vétérinaire. »

### Code de la Santé publique

Sixième partie : Etablissements et services de santé.  
Livre II : Laboratoires d'analyses de biologie médicale.  
Titre II : Directeurs des laboratoires.  
Chapitre 1er : Conditions d'exercice.

#### **- Article L. 6221-9 [modifié par l'article 45]**

*(Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 art. 137 I Journal Officiel du 11 août 2004)*

~~Les directeurs et directeurs adjoints de laboratoires d'analyses de biologie médicale doivent exercer personnellement et effectivement leurs fonctions.~~

~~Ils ne peuvent les exercer dans plus d'un laboratoire. Toutefois, les directeurs adjoints peuvent exercer leurs fonctions à temps partiel dans deux laboratoires situés soit dans une zone géographique constituée de trois départements limitrophes entre eux, soit exclusivement dans la région Ile de France.~~

~~Ils ne peuvent exercer une autre activité médicale, pharmaceutique ou vétérinaire, à l'exception des actes médicaux et prescriptions pharmacologiques directement liés à l'exercice de la biologie et des prescriptions thérapeutiques à titre gratuit.~~

**Les directeurs et directeurs adjoints de laboratoires d'analyses de biologie médicale doivent exercer personnellement et effectivement leurs fonctions.**

**Ils ne peuvent les exercer dans plus d'un laboratoire. Toutefois, les directeurs adjoints peuvent exercer leurs fonctions à temps partiel dans deux laboratoires situés soit dans une zone géographique constituée de trois départements limitrophes, soit exclusivement dans la région d'Ile-de-France.**

**Ils ne peuvent exercer une autre activité pharmaceutique ou vétérinaire.**

Ils peuvent cependant exercer des fonctions d'enseignement dans le ressort de l'académie où est exploité le laboratoire, ou dans un rayon de cent kilomètres autour de ce laboratoire.

Toutefois, un directeur ou directeur adjoint de laboratoire privé peut, à l'intérieur d'un même département ou dans deux départements limitrophes, cumuler la direction de ce laboratoire avec les fonctions de biologiste chef de service, d'adjoint ou assistant de biologie, ou d'attaché de biologie d'un établissement de santé public, d'un établissement participant au service public hospitalier ou d'un établissement de transfusion sanguine, lorsqu'il a été régulièrement nommé à ces fonctions et qu'il ne les exerce qu'à temps partiel. Le cumul de ces fonctions est également autorisé à l'intérieur du territoire constitué par les départements du Val-d'Oise, des Yvelines, de l'Essonne, de la Seine-Saint-Denis, des Hauts-de-Seine, du Val-de-Marne et de Paris.

Les directeurs et directeurs adjoints, titulaires de l'autorisation prévue à l'article L. 4211-6, peuvent, dans le cadre de leur activité professionnelle, préparer des vaccins, sérums et allergènes destinés à un seul individu.

Des dérogations à l'interdiction du cumul d'activités peuvent être accordées par le ministre chargé de la santé, après avis de la Commission nationale permanente de biologie médicale, en tenant compte notamment de la situation géographique, des moyens de communications qui desservent la localité, de la densité de la population et de ses besoins.

Elles peuvent être aussi accordées pour tenir compte des nécessités inhérentes à certains moyens de diagnostic ou à certaines thérapeutiques.

## **Article 47 : Prolongation d'une expérimentation (Gouvernement.Sénat)**

À défaut de conclusion avant le 31 janvier 2007 d'un avenant conventionnel, pris en application des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, autorisant des médecins relevant de certaines spécialités, sous des conditions tenant notamment à leur formation, à leur expérience professionnelle, à la qualité de leur pratique et à l'information des patients sur leurs honoraires, à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peut, pendant un délai de quatre mois, modifier à cet effet les dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005.

Afin de faciliter l'accès à des soins à tarifs opposables, cet arrêté peut également modifier les tarifs et rémunérations des médecins spécialistes autorisés à pratiquer des dépassements, lorsque aucun dépassement n'est facturé, pour les rendre égaux aux tarifs applicables aux médecins qui ne sont pas autorisés à en pratiquer.

### Code de la sécurité sociale

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

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

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins.

Section 1 : Médecins.

Sous-section 1 : Dispositions relatives aux relations conventionnelles.

#### **- Article L. 162-5 [pour info]**

*(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 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 8 I, art. 55 II Journal Officiel du 17 août 2004)*

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins sont définis par des conventions nationales conclues séparément pour les médecins généralistes et les médecins spécialistes, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales les plus représentatives pour l'ensemble du territoire de médecins généralistes ou de médecins spécialistes ou par une convention nationale conclue par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et 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.

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

### **- Article L. 162-14-1 [pour info] [modifié par l'article 71]**

*(Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 art. 3 Journal Officiel du 1er août 1991 ; Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 XVI Journal Officiel du 30 décembre 1999 ; Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 2 Journal Officiel du 7 mars 2002 ; Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 43 VI Journal Officiel du 19 décembre 2003 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 11, art. 49 I Journal Officiel du 17 août 2004 ; Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 37 V, art. 42 II Journal Officiel du 20 décembre 2005)*

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

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

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

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du présent code ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux **ou les centres de santé qui y sont implantés** exerçant dans ces zones bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice **ou d'organisation**, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

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

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

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

## **Article 52 :** **Fonctionnement de l'ordre des pharmaciens** **(Parlement.Sénat)**

Le délai d'application prévu au deuxième alinéa de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions est prorogé pour ce qui concerne les dispositions des 1° et 2° du IV de l'article 2 de ladite ordonnance. Ces dispositions entrent en vigueur, pour chaque chambre de discipline, à la date de désignation des membres en fonction ou honoraires du corps des conseillers des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel appelés à la présider.

### Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé et à la répression de l'usurpation de titres et de l'exercice illégal de ces professions

#### **- Article 2** [pour info]

Le livre II de la quatrième partie du code de la santé publique (partie législative) est ainsi modifié :

I. - Au chapitre Ier du titre II, il est ajouté après l'article L. 4221-18 un article L. 4221-19 ainsi rédigé :

« Art. L. 4221-19. - Les pharmaciens exerçant en société doivent communiquer au conseil de l'ordre dont ils relèvent, outre les statuts de cette société et leurs avenants, les conventions et avenants relatifs à son fonctionnement, ou aux rapports entre associés.

« Ces documents doivent être communiqués dans le mois suivant la conclusion de la convention ou de l'avenant. »

II. - Au chapitre II du titre III, le dernier alinéa de l'article L. 4232-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Le conseil régional ou son président peut demander au pharmacien inspecteur régional de santé publique de faire procéder à des enquêtes. Le conseil régional est saisi du résultat de ces enquêtes. »

III. - Le chapitre III du titre III est ainsi modifié :

1° L'article L. 4233-3 est ainsi modifié :=

a) Le premier et le deuxième alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Les principes organisant les élections des différents conseils de l'ordre des pharmaciens sont fixés par décret. Un règlement électoral établi par le conseil national de l'ordre en fixe les modalités.

« Après chaque élection, le procès-verbal de l'élection est notifié sans délai au conseil central concerné, au conseil national, au représentant de l'Etat dans la région et au ministre chargé de la santé. » ;

b) Au troisième alinéa, les mots : « , sauf les dispositions propres à la représentation des pharmaciens de la section E, » sont supprimés.

2° L'article L. 4233-4 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « entre l'ensemble des pharmaciens inscrits dans les tableaux » sont remplacés par les mots : « entre l'ensemble des personnes physiques ou morales inscrites aux tableaux ».

b) Il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

« Les employeurs ou, pour les agents publics, l'autorité hiérarchique sont tenus de laisser à leurs salariés ou agents, membres d'un conseil de l'ordre, le temps nécessaire pour se rendre et participer aux séances de ce conseil, de ses commissions ou de ses chambres disciplinaires. Le salarié doit

informer, selon le cas, l'employeur ou l'autorité hiérarchique de la séance dès qu'il en a connaissance. Le temps passé hors du cadre du travail pendant les heures de travail pour l'exercice des fonctions ordinaires est assimilé à une durée de travail effectif pour la détermination de la durée des congés payés, du droit aux prestations d'assurances sociales et aux prestations familiales ainsi qu'au regard de tous les droits que le salarié ou agent public tient du fait de son ancienneté dans l'entreprise. Ces absences n'entraînent aucune diminution de leurs rémunérations et des avantages y afférents. »

IV. - Le chapitre IV du même titre est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 4234-3 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Constitué en chambre de discipline, le conseil régional est présidé par un membre en fonction ou honoraire du corps des conseillers des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel désigné par le vice-président du Conseil d'Etat sur proposition du président du tribunal administratif ou de la cour administrative d'appel. Un ou des suppléants sont nommés dans les mêmes conditions. »

2° Le premier alinéa de l'article L. 4234-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

« La chambre disciplinaire du conseil central de chacune des sections B, C, D, E, G et H est présidée par un membre en fonction ou honoraire du corps des conseillers des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel désigné par le vice-président du Conseil d'Etat sur proposition du président du tribunal administratif ou de la cour administrative d'appel. Un ou des suppléants sont nommés dans les mêmes conditions. »

3° A l'article L. 4234-8, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La chambre disciplinaire nationale est présidée par un membre du Conseil d'Etat, en activité ou honoraire, ayant au moins le rang de conseiller d'Etat, désigné par le vice-président du Conseil d'Etat, conformément à l'article L. 4231-6 ; un ou plusieurs suppléants sont désignés dans les mêmes conditions. »

4° A l'article L. 4234-9, après les mots : « être relevé » sont insérés les mots : « par celui-ci » et les mots : « : le conseil national instruit l'affaire, qui fait l'objet d'une proposition au ministre chargé de la santé » sont supprimés.

#### **- Article 14 [modifié par l'article 52]**

Les dispositions des articles 1er, 3 et 4 de la présente ordonnance entrent en vigueur dans les mêmes conditions que celles prévues aux articles 44 et 62-XVI de la loi du 4 mars 2002 susvisée, telle que modifiée par la présente ordonnance.

Les dispositions de l'article 2 de la présente ordonnance entrent en vigueur le premier jour du septième mois suivant sa publication [**prorogé pour ce qui concerne les dispositions des 1° et 2° du IV de l'article 2 de l'ordonnance**].

## **Article 57 :**

# **Contenu de l'accord-cadre conclu entre le comité économique des produits de santé et les laboratoires pharmaceutiques (Gouvernement.Sénat)**

Après le 5° de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des laboratoires titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament de référence sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament. »

## Code de la sécurité sociale

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

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

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins.

Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques.

### **- Article L. 162-17-4 [modifié par les articles 56 II, 57 et 61]**

*(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 III Journal Officiel du 27 décembre 1998 ; Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 32 IV Journal Officiel du 30 décembre 1999 ; Loi n° 2002-1487 du 20 décembre 2002 art. 34 I, art. 37 I Journal Officiel du 24 décembre 2002 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 31 III, art. 43 I Journal Officiel du 17 août 2004 ; Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 21 II, art. 27 I 2° Journal Officiel du 19 décembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2005 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 31 III, art. 43 I Journal Officiel du 17 août 2004)*

En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique des produits de santé peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-16-6 et à l'article L. 162-17. Les entreprises signataires doivent s'engager à respecter la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8 et, selon une procédure établie par la Haute autorité de santé, à faire évaluer et certifier par des organismes accrédités la qualité et la conformité à cette charte de la visite médicale qu'elles organisent ou qu'elles commanditent. Ces conventions, dont le cadre peut être précisé par un accord conclu avec un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises concernées, déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :

1° Le prix ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article L. 162-16-5 de ces médicaments, à l'exception de ceux inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique qui ne bénéficient pas d'une autorisation de mise sur le marché et, le cas échéant, l'évolution de ces prix, notamment en fonction des volumes de vente ;

2° Le cas échéant, les remises prévues en application ~~de l'article L. 162-18~~ **des articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1** ;

3° Dans le respect de la charte mentionnée à l'article L. 162-17-8, les engagements de l'entreprise visant à la maîtrise de sa politique de promotion permettant d'assurer le bon usage du médicament ainsi que le respect des volumes de vente précités ;

4° Les modalités de participation de l'entreprise à la mise en oeuvre des orientations ministérielles précitées ;

**4° bis Les conditions et les modalités de mise en oeuvre des études pharmaco-épidémiologiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments ;**

5° Les dispositions conventionnelles applicables en cas de non-respect des engagements mentionnés au 3° et au 4°.

**L'accord-cadre visé ci-dessus peut prévoir également les modalités d'information des laboratoires titulaires d'une autorisation de mise sur le marché d'un médicament de référence sur l'avancement de la procédure d'inscription au remboursement des spécialités génériques de ce médicament.**

Lorsque les orientations reçues par le comité ne sont pas compatibles avec les conventions précédemment conclues, lorsque l'évolution des dépenses de médicaments n'est manifestement pas compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ou en cas d'évolution significative des données scientifiques et épidémiologiques prises en compte pour la conclusion des conventions, le comité demande à l'entreprise concernée de conclure un avenant permettant d'adapter la convention à cette situation. En cas de refus de l'entreprise, le comité peut résilier la convention ou certaines de ses dispositions. Dans ce cas, le comité peut fixer le prix de ces médicaments par décision prise en application de l'article L. 162-16-4.

Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé dans les conditions prévues à l'article L. 5122-9 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé prononce, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à l'encontre de ladite entreprise.

Cette pénalité ne peut être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre des spécialités ayant fait l'objet de la publicité interdite durant les six mois précédant et les six mois suivant la date d'interdiction.

Son montant est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par la mesure d'interdiction et de l'évolution des ventes des spécialités concernées durant la période définie à l'alinéa précédent.

La pénalité est recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8 du présent code.

Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les modalités d'application du présent article, et notamment les conditions de révision et de résiliation des conventions, sont définies par décret en Conseil d'Etat.

## **Article 68 :**

### **Information de l'observatoire des risques médicaux (Gouvernement.Sénat)**

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 4135-1, il est inséré un article L. 4135-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 4135-2.* – Les entreprises d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile mentionnés à l'article L. 1142-2 transmettent à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles instituée à l'article L. 310-12 du code des assurances des données de nature comptable, prudentielle ou statistique sur ces risques.

« Lorsque cette obligation de transmission n'est pas respectée, l'autorité de contrôle peut prononcer des sanctions dans les conditions prévues par l'article L. 310-18 du code des assurances, à l'exception des sanctions prévues aux 3°, 4°, 4°*bis*, 5° et 6° du même article.

« L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles procède à l'analyse de ces données, les transmet sous forme agrégée et en fait rapport aux ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. Une copie du rapport est adressée à l'observatoire des risques médicaux.

« Un arrêté des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les délais applicables ainsi que la nature, la périodicité et le contenu des informations que les entreprises d'assurance sont tenues de communiquer à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles. » ;

2° L'article L. 1142-29 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 1142-29.* – Il est créé un observatoire des risques médicaux rattaché à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales dont l'objet est d'analyser les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales, à leur indemnisation et à l'ensemble des conséquences, notamment financières, qui en découlent.

« Ces données sont notamment communiquées par les assureurs des professionnels et organismes de santé mentionnés à l'article L. 1142-2, par les établissements chargés de leur propre assurance, par les commissions régionales prévues à l'article L. 1142-5, par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux et par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles en application des dispositions de l'article L. 4135-2.

« Les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives à la transmission de ces données et aux obligations de l'observatoire en termes de recueil et d'analyse, sont fixées par décret. »

II. – Après l'article L. 251-2 du code des assurances, il est inséré un article L. 251-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 251-3.* – Pour les contrats souscrits par une personne assujettie à l'obligation d'assurance en vertu du présent titre, et sans préjudice des possibilités de résiliation mentionnées aux articles L. 113-3, L. 113-4, L. 113-6 et L. 113-9, en cas de résiliation ou de dénonciation de la tacite reconduction à l'initiative de l'assureur, dans les conditions prévues par la police, le délai de prise d'effet à compter de la notification à l'assuré ne peut pas être inférieur à trois mois.

« L'assuré est tenu au paiement de la partie de prime correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, l'assureur doit rembourser à l'assuré, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de prime correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal. »

III. – Le I est applicable aux données relatives à la responsabilité civile médicale à compter de l'exercice comptable de l'année 2006.

# I - Code de la santé publique

Première partie : Protection générale de la santé

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé

Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires

Chapitre II : Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé

Section 1 : Principes généraux

## **- Article L. 1142-2** [pour info]

*(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 98 Journal Officiel du 5 mars 2002)*

*(Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 art. 1 II Journal Officiel du 31 décembre 2002)*

Les professionnels de santé exerçant à titre libéral, les établissements de santé, services de santé et organismes mentionnés à l'article L. 1142-1, et toute autre personne morale, autre que l'Etat, exerçant des activités de prévention, de diagnostic ou de soins ainsi que les producteurs, exploitants et fournisseurs de produits de santé, à l'état de produits finis, mentionnés à l'article L. 5311-1 à l'exclusion du 5°, sous réserve des dispositions de l'article L. 1222-9, et des 11°, 14° et 15°, utilisés à l'occasion de ces activités, sont tenus de souscrire une assurance destinée à les garantir pour leur responsabilité civile ou administrative susceptible d'être engagée en raison de dommages subis par des tiers et résultant d'atteintes à la personne, survenant dans le cadre de l'ensemble de cette activité.

Une dérogation à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa peut être accordée par arrêté du ministre chargé de la santé aux établissements publics de santé disposant des ressources financières leur permettant d'indemniser les dommages dans des conditions équivalentes à celles qui résulteraient d'un contrat d'assurance.

Les contrats d'assurance souscrits en application du premier alinéa peuvent prévoir des plafonds de garantie. Les conditions dans lesquelles le montant de la garantie peut être plafonné pour les professionnels de santé exerçant à titre libéral sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

L'assurance des établissements, services et organismes mentionnés au premier alinéa couvre leurs salariés agissant dans la limite de la mission qui leur a été impartie, même si ceux-ci disposent d'une indépendance dans l'exercice de l'art médical.

Le crédit-bailleur de produits de santé ou le loueur assimilable au crédit-bailleur ne sont pas tenus à l'obligation d'assurance prévue au premier alinéa.

En cas de manquement à l'obligation d'assurance prévue au présent article, l'instance disciplinaire compétente peut prononcer des sanctions disciplinaires.

Section 2 : Procédure de règlement amiable en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales

## **- Article L. 1142-5** [pour info]

*(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 98 Journal Officiel du 5 mars 2002)*

*(Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 art. 1 X Journal Officiel du 31 décembre 2002)*

*(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 31 Journal Officiel du 6 septembre 2003)*

Dans chaque région, une commission régionale de conciliation et d'indemnisation est chargée de faciliter le règlement amiable des litiges relatifs aux accidents médicaux, aux affections iatrogènes et aux infections nosocomiales, ainsi que des autres litiges entre usagers et professionnels de santé, établissements de santé, services de santé ou organismes ou producteurs de produits de santé mentionnés aux articles L. 1142-1 et L. 1142-2.

Toutefois, un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale peut instituer une commission interrégionale de conciliation et d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales compétente pour deux ou plusieurs régions.

La commission siège en formation de règlement amiable des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales et en formation de conciliation.

Dans le cadre de sa mission de conciliation, la commission peut déléguer tout ou partie de ses compétences à l'un de ses membres ou à un ou plusieurs médiateurs extérieurs à la commission qui, dans la limite des compétences dévolues, disposent des mêmes prérogatives et sont soumis aux mêmes obligations que les membres de la commission.

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé



**- Article L. 1142-29** [modifié par l'article 68 I]

(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 15 Journal Officiel du 17 août 2004)

~~Les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales et à leur indemnisation sont communiquées par les assureurs des professionnels et organismes de santé mentionnés à l'article L. 1142-2, par les établissements chargés de leur propre assurance, par les commissions nationale et régionales prévues aux articles L. 1142-10 et L. 1142-5, à une commission rattachée à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales. Le recueil et l'analyse des données qui lui sont transmises peuvent être délégués et font l'objet, sous son contrôle, d'une publication périodique. Cette commission prend toutes dispositions pour garantir la confidentialité des informations recueillies. Un arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie précise les modalités d'application du présent article.~~

**Il est créé un observatoire des risques médicaux rattaché à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales dont l'objet est d'analyser les données relatives aux accidents médicaux, affections iatrogènes et infections nosocomiales, à leur indemnisation et à l'ensemble des conséquences, notamment financières, qui en découlent.**

**Ces données sont notamment communiquées par les assureurs des professionnels et organismes de santé mentionnés à l'article L. 1142-2, par les établissements chargés de leur propre assurance, par les commissions régionales prévues à l'article L. 1142-5, par l'office national d'indemnisation des accidents médicaux et par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles en application des dispositions de l'article L. 4135-2.**

**Les modalités d'application du présent article, notamment celles relatives à la transmission de ces données et aux obligations de l'observatoire en termes de recueil et d'analyse, sont fixées par décret.**

Deuxième partie : Santé de la famille, de la mère et de l'enfant  
Livre Ier : Professions médicales  
Titre III : Profession de médecin  
Chapitre V : Accréditation de la qualité de la pratique professionnelle

**- Article L. 4135-1** [pour info]

(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 16 II Journal Officiel du 17 août 2004)

Les médecins ou les équipes médicales d'une même spécialité exerçant en établissements de santé peuvent demander à ce que la qualité de leur pratique professionnelle soit accréditée dans les conditions mentionnées à l'article L. 1414-3-3. L'accréditation est valable pour une durée de quatre ans. Les résultats de la procédure d'accréditation sont publics. Les médecins et les équipes médicales engagés dans la procédure d'accréditation ou accrédités transmettent à la Haute Autorité de santé les informations nécessaires à l'analyse des événements médicaux indésirables.

Un décret précise les conditions de mise en oeuvre du présent article et notamment les conditions dans lesquelles la demande d'accréditation peut être réservée aux médecins exerçant certaines spécialités particulièrement exposées au risque professionnel.

**- Article L. 4135-2** [créé par l'article 68 I]

**Les entreprises d'assurance couvrant en France les risques de responsabilité civile mentionnés à l'article L. 1142-2 transmettent à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles instituée à l'article L. 310-12 du code des assurances des données de nature comptable, prudentielle ou statistique sur ces risques.**

**Lorsque cette obligation de transmission n'est pas respectée, l'autorité de contrôle peut prononcer des sanctions dans les conditions prévues par l'article L. 310-18 du code des assurances, à l'exception des sanctions prévues aux 3°, 4°, 4°bis, 5° et 6° du même article.**

**L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles procède à l'analyse de ces données, les transmet sous forme agrégée et en fait rapport aux ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. Une copie du rapport est adressée à l'observatoire des risques médicaux.**

Un arrêté des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale précise les modalités d'application du présent article et, notamment, les délais applicables ainsi que la nature, la périodicité et le contenu des informations que les entreprises d'assurance sont tenues de communiquer à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles.

## II - Code des assurances

Livre I : Le contrat (Article L100-1)

Titre I : Règles communes aux assurances de dommages non maritimes et aux assurances de personnes

Chapitre III : Obligations de l'assureur et de l'assuré

### **- Article L. 113-3** [pour info]

*(Loi n° 81-5 du 7 janvier 1981 art. 31 Journal Officiel du 8 janvier 1981 rectificatif JORF 8 février 1981)*

La prime est payable au domicile de l'assureur ou du mandataire désigné par lui à cet effet. Toutefois, la prime peut être payable au domicile de l'assuré ou à tout autre lieu convenu dans les cas et conditions limitativement fixés par décret en Conseil d'Etat.

A défaut de paiement d'une prime, ou d'une fraction de prime, dans les dix jours de son échéance, et indépendamment du droit pour l'assureur de poursuivre l'exécution du contrat en justice, la garantie ne peut être suspendue que trente jours après la mise en demeure de l'assuré. Au cas où la prime annuelle a été fractionnée, la suspension de la garantie, intervenue en cas de non-paiement d'une des fractions de prime, produit ses effets jusqu'à l'expiration de la période annuelle considérée. La prime ou fraction de prime est portable dans tous les cas, après la mise en demeure de l'assuré.

L'assureur a le droit de résilier le contrat dix jours après l'expiration du délai de trente jours mentionné au deuxième alinéa du présent article.

Le contrat non résilié reprend pour l'avenir ses effets, à midi le lendemain du jour où ont été payés à l'assureur ou au mandataire désigné par lui à cet effet, la prime arriérée ou, en cas de fractionnement de la prime annuelle, les fractions de prime ayant fait l'objet de la mise en demeure et celles venues à échéance pendant la période de suspension ainsi que, éventuellement, les frais de poursuites et de recouvrement.

Les dispositions des alinéas 2 à 4 du présent article ne sont pas applicables aux assurances sur la vie.

### **- Article L. 113-4** [pour info]

*(Loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989 art. 11 Journal Officiel du 3 janvier 1990 en vigueur le 1er mai 1990)*

En cas d'aggravation du risque en cours de contrat, telle que, si les circonstances nouvelles avaient été déclarées lors de la conclusion ou du renouvellement du contrat, l'assureur n'aurait pas contracté ou ne l'aurait fait que moyennant une prime plus élevée, l'assureur a la faculté soit de dénoncer le contrat, soit de proposer un nouveau montant de prime.

Dans le premier cas, la résiliation ne peut prendre effet que dix jours après notification et l'assureur doit alors rembourser à l'assuré la portion de prime ou de cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru. Dans le second cas, si l'assuré ne donne pas suite à la proposition de l'assureur ou s'il refuse expressément le nouveau montant, dans le délai de trente jours à compter de la proposition, l'assureur peut résilier le contrat au terme de ce délai, à condition d'avoir informé l'assuré de cette faculté, en la faisant figurer en caractères apparents dans la lettre de proposition.

Toutefois, l'assureur ne peut plus se prévaloir de l'aggravation des risques quand, après en avoir été informé de quelque manière que ce soit, il a manifesté son consentement au maintien de l'assurance, spécialement en continuant à recevoir les primes ou en payant, après un sinistre, une indemnité.

L'assuré a droit en cas de diminution du risque en cours de contrat à une diminution du montant de la prime. Si l'assureur n'y consent pas, l'assuré peut dénoncer le contrat. La résiliation prend alors effet trente jours après la dénonciation. L'assureur doit alors rembourser à l'assuré la portion de prime ou cotisation afférente à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru.

L'assureur doit rappeler les dispositions du présent article à l'assuré, lorsque celui-ci l'informe soit d'une aggravation, soit d'une diminution de risques.

Les dispositions du présent article ne sont applicables ni aux assurances sur la vie, ni à l'assurance maladie lorsque l'état de santé de l'assuré se trouve modifié.

### **- Article L. 113-6** [pour info]

*(Loi n° 81-5 du 7 janvier 1981 art. 31 Journal Officiel du 8 janvier 1981 rectificatif JORF 8 février 1981)*

*(Loi n° 85-98 du 25 janvier 1985 art. 221 I Journal Officiel du 26 janvier 1985 en vigueur le 1er janvier 1986)*

*(Loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989 art. 36 Journal Officiel du 3 janvier 1990 en vigueur le 1er juillet 1990)*

*(Loi n° 2005-845 du 26 juillet 2005 art. 176 Journal Officiel du 27 juillet 2005 en vigueur le 1er janvier 2006 sous réserve art. 190)*

En cas de liquidation judiciaire d'une entreprise mentionnée à l'article L. 310-1, les contrats qu'elle détient dans son portefeuille sont soumis aux dispositions des articles L. 326-12 et L. 326-13, à compter de l'arrêté ou de la décision prononçant le retrait de l'agrément administratif.

### **- Article L. 113-9** [pour info]

L'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance.

Si elle est constatée avant tout sinistre, l'assureur a le droit soit de maintenir le contrat, moyennant une augmentation de prime acceptée par l'assuré, soit de résilier le contrat dix jours après notification adressée à l'assuré par lettre recommandée, en restituant la portion de la prime payée pour le temps où l'assurance ne court plus.

Dans le cas où la constatation n'a lieu qu'après un sinistre, l'indemnité est réduite en proportion du taux des primes payées par rapport au taux des primes qui auraient été dues, si les risques avaient été complètement et exactement déclarés.

Titre V : L'assurance de responsabilité civile médicale

Chapitre Ier : L'obligation de s'assurer

### **- Article L. 251-2** [pour info]

*(Loi n° 2002-1577 du 30 décembre 2002 art. 4 Journal Officiel du 31 décembre 2002)*

*(Loi n° 2003-706 du 1 août 2003 art. 80 V, VII Journal Officiel du 2 août 2003 en vigueur le 2 novembre 2003)*

Constitue un sinistre, pour les risques mentionnés à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, tout dommage ou ensemble de dommages causés à des tiers, engageant la responsabilité de l'assuré, résultant d'un fait dommageable ou d'un ensemble de faits dommageables ayant la même cause technique, imputable aux activités de l'assuré garanties par le contrat, et ayant donné lieu à une ou plusieurs réclamations.

Constitue une réclamation toute demande en réparation amiable ou contentieuse formée par la victime d'un dommage ou ses ayants droit, et adressée à l'assuré ou à son assureur.

Tout contrat d'assurance conclu en application de l'article L. 1142-2 du même code garantit l'assuré contre les conséquences pécuniaires des sinistres pour lesquels la première réclamation est formée pendant la période de validité du contrat, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre, dès lors que le fait dommageable est survenu dans le cadre des activités de l'assuré garanties au moment de la première réclamation.

Le contrat d'assurance garantit également les sinistres dont la première réclamation est formulée pendant un délai fixé par le contrat, à partir de la date d'expiration ou de résiliation de tout ou partie des garanties, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité du contrat et dans le cadre des activités garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre. Ce délai ne peut être inférieur à cinq ans.

Le dernier contrat conclu, avant sa cessation d'activité professionnelle ou son décès, par un professionnel de santé mentionné à la quatrième partie du code de la santé publique exerçant à titre libéral, garantit également les sinistres pour lesquels la première réclamation est formulée pendant un délai fixé par le contrat, à partir de la date de résiliation ou d'expiration de tout ou partie des garanties, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de validité du contrat ou antérieurement à cette période dans le cadre des activités de l'assuré garanties à la date de résiliation ou d'expiration des garanties, quelle que soit la date des autres éléments constitutifs du sinistre. Ce délai ne peut être inférieur à dix ans. Cette garantie ne couvre pas les sinistres dont la première réclamation est postérieure à une éventuelle reprise d'activité. Le contrat ne peut prévoir pour cette garantie un plafond inférieur à celui de l'année précédant la fin du contrat.

Le contrat ne garantit pas les sinistres dont le fait dommageable était connu de l'assuré à la date de la souscription.

Lorsqu'un même sinistre est susceptible de mettre en jeu la garantie apportée par plusieurs contrats successifs, il est couvert en priorité par le contrat en vigueur au moment de la première réclamation, sans qu'il soit fait application des dispositions des quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 121-4.

### **- Article L. 251-3** [créé par l'article 68 II]

**Pour les contrats souscrits par une personne assujettie à l'obligation d'assurance en vertu du présent titre, et sans préjudice des possibilités de résiliation mentionnées aux articles L. 113-3, L. 113-4, L. 113-6 et L. 113-9, en cas de résiliation ou de dénonciation de la tacite reconduction à l'initiative de l'assureur, dans les conditions prévues par la police, le délai de prise d'effet à compter de la notification à l'assuré ne peut pas être inférieur à trois mois.**

**« L'assuré est tenu au paiement de la partie de prime correspondant à la période pendant laquelle le risque a couru, période calculée jusqu'à la date d'effet de la résiliation. Le cas échéant, l'assureur doit rembourser à l'assuré, dans un délai de trente jours à compter de la date d'effet de la résiliation, la partie de prime correspondant à la période pendant laquelle le risque n'a pas couru, période calculée à compter de ladite date d'effet. À défaut de remboursement dans ces conditions, les sommes dues sont productives d'intérêts au taux légal.**

Livre III : Les entreprises (Article L300-1)  
Titre I : Dispositions générales et contrôle de l'Etat  
Chapitre unique  
Section II : Autorité de contrôle des assurances

### **- Article L. 310-12** [pour info]

*(Loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989 art. 31 Journal Officiel du 3 janvier 1990 en vigueur le 25 juin 1990)*  
*(Loi n° 92-665 du 16 juillet 1992 art. 12 Journal Officiel du 17 juillet 1992)*  
*(Loi n° 94-5 du 4 janvier 1994 art. 15 I, II Journal Officiel du 5 janvier 1994 en vigueur le 1er juillet 1994)*  
*(Loi n° 94-679 du 8 août 1994 art. 1 IV, V Journal Officiel du 10 août 1994 en vigueur le 1er janvier 1995)*  
*(Loi n° 97-277 du 25 mars 1997 art. 19 III Journal Officiel du 26 mars 1997)*  
*(Loi n° 99-532 du 25 juin 1999 art. 43 I Journal Officiel du 29 juin 1999)*  
*(Loi n° 2001-420 du 15 mai 2001 art. 42 I Journal Officiel du 16 mai 2001)*  
*(Ordonnance n° 2001-766 du 29 août 2001 art. 2 I Journal Officiel du 31 août 2001)*  
*(Loi n° 2003-706 du 1 août 2003 art. 30 a I Journal Officiel du 2 août 2003)*  
*(Ordonnance n° 2004-1201 du 12 novembre 2004 art. 4 Journal Officiel du 16 novembre 2004)*  
*(Loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 art. 2 I 1°, art. 14 Journal Officiel du 16 décembre 2005)*

L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles, autorité publique indépendante dotée de la personnalité morale, est chargée de veiller au respect, par les entreprises mentionnées aux articles L. 310-1 et L. 310-1-1 du présent code, par les mutuelles, unions et fédérations régies par le code de la mutualité, par les institutions de prévoyance, unions et groupements régis par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, les institutions de retraite supplémentaire régies par le titre IV du livre IX du même code et les organismes régis par l'article L. 727-2 du code rural, des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables, ainsi que des engagements contractuels qui les lient aux assurés ou adhérents.

L'Autorité s'assure que les entreprises mentionnées aux 1°, 3° et 4° de l'article L. 310-2 ainsi que les mutuelles et les institutions mentionnées au premier alinéa du présent article sont en mesure de tenir à tout moment les engagements qu'elles ont contractés envers les assurés ou adhérents et présentent la marge de solvabilité fixée par voie réglementaire ; à cette fin, elle examine leur situation financière et leurs conditions d'exploitation. Elle veille en outre à ce que les modalités de constitution et de fonctionnement des organes délibérants et des organes dirigeants des organismes soumis à son contrôle soient conformes aux dispositions qui les régissent.

L'Autorité s'assure que tout organisme soumis à son contrôle en vertu du premier alinéa et projetant d'ouvrir une succursale, ou d'exercer pour la première fois des activités en libre prestation de services sur le territoire d'un autre Etat membre des Communautés européennes, ou de modifier la nature ou les conditions d'exercice de ces activités, dispose d'une structure administrative et d'une situation financière adéquates au regard de son projet. Si elle estime que ces conditions ne sont pas remplies, l'Autorité de contrôle ne communique pas à l'autorité de contrôle de cet autre Etat membre les documents permettant l'exercice de l'activité envisagée. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent alinéa, notamment les modalités du contrôle préalable et les délais dans lesquels l'Autorité doit se prononcer.

L'autorité peut soumettre à son contrôle toute personne physique ou morale ayant reçu d'une entreprise mentionnée à l'article L. 310-1 un mandat de souscription ou de gestion ou souscrivant à un contrat

d'assurance de groupe, ou exerçant, à quelque titre que ce soit, une activité d'intermédiation en assurance ou en réassurance mentionnée à l'article L. 511-1. Elle peut en outre décider de soumettre à son contrôle toute personne morale ou physique qui s'entremet, directement ou indirectement, entre une mutuelle ou une union régie par le code de la mutualité, ou une institution régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, d'une part, et une personne qui souhaite adhérer ou adhère à cette mutuelle, à cette union ou à cette institution, d'autre part.

L'Autorité veille également au respect, par les entreprises soumises au contrôle de l'Etat en application de l'article L. 310-1-1, les sociétés de groupe d'assurance, les sociétés de groupe mixte d'assurance définies à l'article L. 322-1-2 ainsi que par toute entité appartenant à un conglomérat financier défini à l'article L. 334-5 dont la surveillance est coordonnée par l'Autorité de contrôle dans les conditions prévues à l'article L. 334-9, des dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables en vertu du présent livre. Un arrêté du ministre chargé de l'économie détermine la nature, la périodicité et le contenu des informations et des documents que les entreprises mentionnées au présent alinéa sont tenues de communiquer périodiquement à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles pour lui permettre d'exercer sa mission.

L'Autorité s'assure également que les dispositions du titre VI du livre V du code monétaire et financier sont appliquées par les entreprises mentionnées à l'article L. 310-1, les mutuelles régies par le code de la mutualité et les institutions régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ainsi que par les personnes physiques ou morales mentionnées au quatrième alinéa et soumises à son contrôle.

Les opérations de gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, et d'assurance contre les accidents du travail et les maladies professionnelles, visées au titre IV du livre IV du présent code, ne sont pas soumises au contrôle de l'Autorité.

Les opérations de retraite complémentaire réalisées par les institutions régies par le livre IX du code de la sécurité sociale faisant l'objet d'une compensation interprofessionnelle et générale ne sont pas soumises au contrôle de l'Autorité.

Les opérations de gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité et de gestion d'activités et de prestations pour le compte de l'Etat ou d'autres collectivités publiques visées au 4° du I de l'article L. 111-1 du code de la mutualité ne sont pas soumises au contrôle de l'Autorité.

### **- Article L. 310-18 [pour info]**

*(Loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989 art. 31 Journal Officiel du 3 janvier 1990 en vigueur le 25 juin 1990)*

*(Loi n° 92-665 du 16 juillet 1992 art. 13 Journal Officiel du 17 juillet 1992)*

*(Loi n° 94-5 du 4 janvier 1994 art. 15 IV Journal Officiel du 5 janvier 1994 en vigueur le 1er juillet 1994)*

*(Loi n° 99-532 du 25 juin 1999 art. 91 2° Journal Officiel du 29 juin 1999)*

*(Loi n° 2001-420 du 15 mai 2001 art. 12 III Journal Officiel du 16 mai 2001)*

*(Loi n° 2003-706 du 1 août 2003 art. 32 II Journal Officiel du 2 août 2003)*

*(Loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 art. 2 I 3°, art. 14 Journal Officiel du 16 décembre 2005)*

Si une entreprise mentionnée à l'article L. 310-1-1, aux 1°, 3° ou 4° de l'article L. 310-2 ou à l'article L. 322-1-2 a enfreint une disposition législative ou réglementaire qui lui est applicable ou a des pratiques qui mettent en péril sa marge de solvabilité ou l'exécution des engagements qu'elle a contractés envers les assurés, adhérents ou ayants droit, l'Autorité peut prononcer à son encontre, ou à celle de ses dirigeants, l'une ou plusieurs des sanctions disciplinaires suivantes, en fonction de la gravité du manquement :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme ;

3° L'interdiction d'effectuer certaines opérations et toutes autres limitations dans l'exercice de l'activité ;

4° La suspension temporaire d'un ou plusieurs dirigeants de l'entreprise ;

4° bis La démission d'office d'un ou plusieurs dirigeants de l'entreprise ;

5° Le retrait total ou partiel d'agrément ou d'autorisation ;

6° Le transfert d'office de tout ou partie du portefeuille des contrats.

L'Autorité de contrôle peut décider de reporter sa décision à l'issue d'un délai qu'elle impartit à l'entreprise, pour prendre toute mesure de nature à mettre fin aux manquements ou pratiques mentionnés au premier alinéa.

En outre, l'Autorité peut prononcer soit à la place, soit en sus de ces sanctions, une sanction pécuniaire. Le montant de cette sanction pécuniaire doit être fonction de la gravité des manquements commis, sans pouvoir excéder 3 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos calculé sur une période de 12 mois. Ce maximum est porté à 5 % en cas de nouvelle violation de la même obligation. Les sommes correspondantes sont versées au Trésor public. Elles sont recouvrées comme des créances de l'Etat étrangères à l'impôt et au domaine.

Pour les sociétés de groupe d'assurance définies à l'article L. 322-1-2, le montant maximum de la sanction pécuniaire est défini par référence au chiffre d'affaires de celle des entreprises d'assurance incluses par intégration globale dans la consolidation ou la combinaison dont le total des primes émises au cours du dernier exercice clos est le plus élevé.

Dans tous les cas visés au présent article, l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles statue après une procédure contradictoire. Elle informe obligatoirement les intéressés de leur droit à être entendus. Lorsqu'ils font usage de cette faculté, ils peuvent se faire représenter ou assister.

Les personnes sanctionnées peuvent, dans le délai de deux mois qui suit la notification de la décision, former un recours de pleine juridiction devant le Conseil d'Etat.

L'autorité de contrôle peut rendre publique sa décision dans les journaux, publications ou supports qu'elle désigne. Les frais sont supportés par la personne sanctionnée.

**Article 76 :**  
**modalités de fonctionnement du centre national de gestion de  
la fonction publique hospitalière  
(Gouvernement.Assemblée nationale)**

I. – L'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi rédigé :

« Art. 116. – I. – Le Centre national de gestion, établissement public national placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, assure, dans les conditions prévues par leurs statuts, la gestion et, le cas échéant, la rémunération des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers. Il assure également la gestion et, le cas échéant, la rémunération d'autres catégories de personnels relevant du présent titre ainsi que de catégories de personnels placés auprès du ministre chargé de la santé. Le Centre national de gestion exerce ses missions au nom du ministre chargé de la santé ou du directeur d'établissement de rattachement du personnel qu'il gère.

« Un décret en Conseil d'État détermine les missions et les conditions d'organisation et de fonctionnement du Centre national de gestion.

« II. – Les ressources du Centre national de gestion sont constituées par :

« 1° Les subventions, avances, fonds de concours et dotation de l'État ;

« 2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

« 3° Une contribution annuelle des établissements mentionnés à l'article 2 du présent titre.

« L'assiette de la contribution de chaque établissement est constituée de la masse salariale des personnels employés par l'établissement au 31 décembre de l'année précédente. Le taux uniforme est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales dans la limite de 0,15 %. En vue de l'établissement du montant de la contribution, les établissements visés au 3° sont tenus de faire parvenir à l'administration une déclaration des charges salariales induites par la rémunération de ces personnels. La contribution est recouvrée par le Centre national de gestion.

« III. – Le Centre national de gestion emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires et des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du code de la santé publique, en position de détachement ou de mise à disposition. Il peut employer des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. »

II. – À la fin du deuxième alinéa de l'article 89 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée, les mots : « demeure à la charge de l'établissement concerné » sont remplacés par les mots : « est assurée par le Centre national de gestion prévu à l'article 116 du présent titre ».

III. – Jusqu'à l'expiration d'un délai maximum de trois mois suivant la mise en place du Centre national de gestion prévu à l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, les personnes relevant de l'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique sont rémunérées par les établissements publics de santé auxquels elles sont rattachées par arrêté du ministre chargé de la santé.

# I - Code de la sécurité sociale

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

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

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Section 5 : Etablissements de soins

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

## **- Article L. 162-22-15 [pour info]**

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

Les forfaits annuels et les dotations de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnés respectivement aux articles L. 162-22-8 et L. 162-22-14 sont versés par douzième par les caisses mentionnées aux articles L. 174-2 ou L. 174-18.

La répartition des sommes versées au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés aux a, b et c de l'article L. 162-22-6 d'une part, et la répartition de celles versées aux établissements de santé privés mentionnés au d du même article d'autre part, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

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

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

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

Section 1 : Dotation annuelle de financement et forfait journalier

## **- Article L. 174-2 [pour info]**

*(Loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 art. 20 Journal Officiel du 2 août 1991)*

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

*(Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 63 I Journal Officiel du 21 décembre 2004)*

Les dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 sont versées pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.

Le montant des dotations annuelles mentionnées aux articles L. 162-22-16 et L. 174-1 est réparti après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, l'Etat fixe cette répartition.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article et notamment les critères de la répartition entre régimes de ces dotations.

# II - Code de la santé publique

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre Ier : Etablissements de santé

Titre IV : Etablissements publics de santé

Chapitre Ier : Organisation générale

## **- Article L. 6141-7-2 [pour info] [modifié par l'article 93 II]**

*(inséré par Ordonnance n° 2005-406 du 2 mai 2005 art. 2 I Journal Officiel du 3 mai 2005)*

Des conseillers généraux des établissements de santé, placés auprès du ministre chargé de la santé, assurent à sa demande, ~~dans le cadre d'une mission de coordination financée par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés,~~ les attributions suivantes :



- 1° Proposer au ministre toutes mesures propres à améliorer le fonctionnement de ces établissements et leurs relations avec les collectivités territoriales, les usagers et l'Etat ;
- 2° Entreprendre toutes études et enquêtes portant sur la gestion administrative et financière des établissements ;
- 3° Assurer des missions d'assistance technique, d'audit et de contrôle de gestion, que les établissements peuvent demander au ministre.

Les conseillers généraux des établissements de santé sont recrutés sur des emplois dotés d'un statut fonctionnel dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat parmi les fonctionnaires de catégorie A et les praticiens titulaires ou parmi les personnalités qui ont exercé des responsabilités dans des instances ou des organismes en relation avec l'hôpital ou ayant réalisé des travaux scientifiques dans le domaine de la santé publique. A la demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et dans les conditions prévues à l'article L. 6143-3-1, des conseillers généraux des établissements de santé peuvent être désignés par le ministre chargé de la santé pour assurer l'administration provisoire d'un établissement public de santé.

Titre V : Personnels médicaux et pharmaceutiques  
Chapitre II : Praticiens hospitaliers

### **- Article L. 6152-1** [pour info]

*(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 63 Journal Officiel du 18 janvier 2002)*

*(Ordonnance n° 2005-1112 du 1 septembre 2005 art. 7 Journal Officiel du 6 septembre 2005 et rectificatif JORF 10 septembre 2005)*

Le personnel des établissements publics de santé comprend, outre les agents relevant de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière et les personnels enseignants et hospitaliers mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation :

- 1° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens dont le statut, qui peut prévoir des dispositions spécifiques selon que ces praticiens consacrent tout ou partie de leur activité à ces établissements, est établi par voie réglementaire ;
- 2° Des médecins, des odontologistes et des pharmaciens recrutés par contrat dans des conditions déterminées par voie réglementaire.
- 3° Des praticiens contractuels associés, exerçant sous la responsabilité directe d'un médecin, d'un odontologiste ou d'un pharmacien et qui participent à l'activité de médecine, d'odontologie ou de pharmacie.

## III - Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986

### **- Article 89** [modifié par l'article 76 II]

Les personnels de direction des établissements mentionnés à l'article 2 ci-dessus peuvent, sur leur demande, bénéficier d'un congé spécial d'une durée maximale de cinq ans.

Pendant ce congé, la rémunération des intéressés **est assurée par le Centre national de gestion prévu à l'article 116 du présent titre.**

A l'expiration de ce congé, le fonctionnaire est admis d'office à la retraite.

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

# **Article 81 :** **compétence des chambres disciplinaires de l'ordre national des médecins (Parlement.Sénat)**

À la fin de la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 4133-1-1 du code de la santé publique, les références : « les articles L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale » sont remplacées par la référence : « l'article L. 4124-6 ».

## I - Code de la santé publique

Quatrième partie : Professions de santé

Livre Ier : Professions médicales

Titre II : Organisation des professions médicales

Chapitre IV : Chambres disciplinaires de première instance et conseils régionaux et interrégionaux

### **- Article L. 4124-6** [pour info]

*(Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 89 II Journal Officiel du 18 janvier 2002)*

*(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 42 II 1°, IV, VI Journal Officiel du 5 mars 2002)*

*(Loi n° 2004-1 du 2 janvier 2004 art. 12 Journal Officiel du 3 janvier 2004)*

*(Ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 art. 1 IV 2° Journal Officiel du 27 août 2005)*

Les peines disciplinaires que la chambre disciplinaire de première instance peut appliquer sont les suivantes :

1° L'avertissement ;

2° Le blâme ;

3° L'interdiction temporaire avec ou sans sursis ou l'interdiction permanente d'exercer une, plusieurs ou la totalité des fonctions de médecin, de chirurgien-dentiste ou de sage-femme, conférées ou rétribuées par l'Etat, les départements, les communes, les établissements publics, les établissements reconnus d'utilité publique ou des mêmes fonctions accomplies en application des lois sociales ;

4° L'interdiction temporaire d'exercer avec ou sans sursis ; cette interdiction ne pouvant excéder trois années ;

5° La radiation du tableau de l'ordre.

Les deux premières de ces peines comportent, en outre, la privation du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou du conseil interrégional et du conseil national, de la chambre disciplinaire de première instance ou de la chambre disciplinaire nationale de l'ordre pendant une durée de trois ans ; les suivantes, la privation de ce droit à titre définitif. Le médecin, le chirurgien-dentiste ou la sage-femme radié ne peut se faire inscrire à un autre tableau de l'ordre. La décision qui l'a frappé est portée à la connaissance des autres conseils départementaux et de la chambre disciplinaire nationale dès qu'elle est devenue définitive.

Les peines et interdictions prévues au présent article s'appliquent sur l'ensemble du territoire de la République.

Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie d'un sursis, dès lors que cette sanction est devenue définitive, la juridiction prononce l'une des sanctions prévues aux 3° et 4°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

**- Article L. 4133-1-1** [modifié par l'article 81]

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 14 Journal Officiel du 17 août 2004)

(Ordonnance n° 2005-804 du 18 juillet 2005 art. 13 II Journal Officiel du 19 juillet 2005)

L'évaluation individuelle des pratiques professionnelles constitue une obligation pour les médecins exerçant à titre libéral, les médecins salariés non hospitaliers ainsi que pour les médecins mentionnés à l'article L. 6155-1 et les médecins exerçant dans les établissements de santé privés.

Il est satisfait à cette obligation par la participation du médecin à un des dispositifs prévus à l'article L. 4134-5 ou à un des dispositifs agréés dans des conditions fixées par décret.

Le non-respect par un médecin de l'obligation lui incombant au titre du présent article l'expose aux sanctions prévues par ~~les articles L. 145-1 et suivants du code de la sécurité sociale~~ **l'article L. 4124-6**. Préalablement au dépôt de la requête, le médecin est informé des faits qui lui sont reprochés. A compter de cette notification, le médecin dispose d'un délai d'un mois pour faire connaître ses observations et pour s'engager à participer à une action d'évaluation et d'amélioration de la qualité de sa pratique professionnelle dans un délai de six mois. Les poursuites sont suspendues et, le cas échéant, abandonnées s'il est constaté que le médecin a respecté son engagement.

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

## II - Code de la sécurité sociale

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

Titre 4 : Expertise médicale - Contentieux - Pénalités

Chapitre 5 : Contentieux du contrôle technique

Section 1 : Dispositions générales

Sous-section 1 : Dispositions générales relatives aux médecins, chirurgiens-dentistes et sages-femmes

**- Article L. 145-1** [pour info]

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 13 I Journal Officiel du 5 février 1995)

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 62 XV 1°, art. 74 II Journal Officiel du 5 mars 2002)

Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section de la chambre disciplinaire de première instance des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes dite section des assurances sociales de la chambre disciplinaire de première instance et, en appel, à une section de la chambre disciplinaire nationale du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes.

## **Article 82 :** **Consultation du « web médecin » par les assurés** **(Parlement.Sénat)**

Après le deuxième alinéa de l'article L. 162-4-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les assurés sociaux ont accès à ces données, ainsi qu'à l'historique permettant d'identifier les médecins qui ont consulté leur relevé. »

### Code de la sécurité sociale

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

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

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Section 1 : Médecins

#### **- Article L. 162-4-3 [modifié par l'article 82]**

*(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 21 I Journal Officiel du 17 août 2004)*

*(Ordonnance n° 2005-804 du 18 juillet 2005 art. 3 Journal Officiel du 19 juillet 2005)*

Les médecins peuvent, à l'occasion des soins qu'ils délivrent et sous les conditions prévues à l'article L. 161-31, consulter les données issues des procédures de remboursement ou de prise en charge qui sont détenues par l'organisme dont relève chaque bénéficiaire de l'assurance maladie. Dans ce cas, ils en informent préalablement le patient. Le bénéficiaire des soins donne son accord à cet accès en permettant au médecin d'utiliser, à cet effet, la carte mentionnée à l'article L. 161-31.

Le relevé des données mis à la disposition du médecin contient les informations nécessaires à l'identification des actes, produits ou prestations pris en charge pour les soins délivrés en ville ou en établissement de santé, au regard notamment des listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 165-1 et L. 162-17. Il comporte également le code prévu pour les identifier dans ces listes, le niveau de prise en charge et, pour les patients atteints d'une affection de longue durée, les éléments constitutifs du protocole de soins mentionné au septième alinéa de l'article L. 324-1. Il ne contient aucune information relative à l'identification des professionnels de santé prescripteurs.

**Les assurés sociaux ont accès à ces données, ainsi qu'à l'historique permettant d'identifier les médecins qui ont consulté leur relevé.**

Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et du Conseil national de l'ordre des médecins, détermine les modalités d'application du présent article.

## **Article 87 :** **Droit de recours accordé aux établissements publics sociaux et médico-sociaux (Parlement.Sénat)**

L'article L. 315-16 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hébergés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours sont portés devant le juge aux affaires familiales. »

### I - Code de l'action sociale et des familles

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

Titre Ier : Etablissements et services soumis à autorisation

Chapitre V : Dispositions propres aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de personnes morales de droit public

Section 2 : Statut des établissements publics sociaux et médico-sociaux dotés de la personnalité juridique

#### **- Article L. 315-16 [modifié par l'article 87]**

*(Loi n° 2002-2 du 2 janvier 2002 art. 4 I, art. 60, art. 72 Journal Officiel du 3 janvier 2002)*

*(Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 art. 116 III 2° finances pour 2004 Journal Officiel du 31 décembre 2003)*

Les comptables des établissements publics sociaux et médico-sociaux sont des comptables directs du Trésor ayant qualité de comptables principaux.

Lorsque le comptable de l'établissement notifie à l'ordonnateur sa décision de suspendre une dépense, celui-ci peut lui adresser un ordre de réquisition. Le comptable est tenu de s'y conformer, sauf en cas :

1° D'insuffisance de fonds disponibles ;

2° De dépenses ordonnancées sur des crédits irrégulièrement ouverts ou insuffisants ou sur des crédits autres que ceux sur lesquels elle devrait être imputée ;

3° D'absence de justification de service fait ou de défaut de caractère libératoire du règlement.

L'ordre de réquisition est porté à la connaissance du conseil d'administration de l'établissement et notifié au trésorier-payeur général du département, qui le transmet à la chambre régionale des comptes.

En cas de réquisition, le comptable est déchargé de sa responsabilité.

Le comptable assiste, avec voix consultative, au conseil d'administration de l'établissement lorsque celui-ci délibère sur des affaires de sa compétence.

A la demande de l'ordonnateur, le comptable informe ce dernier de la situation de paiement des mandats et du recouvrement des titres de recettes, de la situation de trésorerie et de tout élément utile à la bonne gestion de l'établissement. Il paie les mandats dans l'ordre de priorité indiqué par l'ordonnateur.

**Les établissements publics sociaux et médico-sociaux peuvent exercer leurs recours, s'il y a lieu, contre les hébergés, contre leurs débiteurs et contre les personnes désignées par les articles 205, 206, 207 et 212 du code civil. Ces recours sont portés devant le juge aux affaires familiales.**

## II - Code civil

Livre Ier : Des personnes

Titre V : Du mariage

Chapitre V : Des obligations qui naissent du mariage

### **- Article 205** [pour info]

*(Loi du 17 mars 1803 promulguée le 27 mars 1803))*

*(Loi du 9 mars 1891))*

*(Loi n° 72-3 du 3 janvier 1972 art. 3 Journal Officiel du 5 janvier 1972 en vigueur le 1er août 1972)*

Les enfants doivent des aliments à leurs père et mère ou autres ascendants qui sont dans le besoin.

### **- Article 206** [pour info]

*(Loi du 17 mars 1803 promulguée le 27 mars 1803))*

*(Loi du 9 août 1919))*

Les gendres et belles-filles doivent également, et dans les mêmes circonstances, des aliments à leur beau-père et belle-mère, mais cette obligation cesse lorsque celui des époux qui produisait l'affinité et les enfants issus de son union avec l'autre époux sont décédés.

### **- Article 207** [pour info]

*(Loi du 17 mars 1803 promulguée le 27 mars 1803))*

*(Loi n° 72-3 du 3 janvier 1972 art. 3 Journal Officiel du 5 janvier 1972 en vigueur le 1er août 1972)*

Les obligations résultant de ces dispositions sont réciproques.

Néanmoins, quand le créancier aura lui-même manqué gravement à ses obligations envers le débiteur, le juge pourra décharger celui-ci de tout ou partie de la dette alimentaire.

Chapitre VI : Des devoirs et des droits respectifs des époux

### **- Article 212** [pour info]

*(Loi du 17 mars 1803 promulguée le 27 mars 1803))*

*(Loi du 22 septembre 1942))*

*(Loi n° 2006-399 du 4 avril 2006 art. 2 Journal Officiel du 5 avril 2006)*

Les époux se doivent mutuellement respect, fidélité, secours, assistance.

## **Article 90 :** **Conditions de versement de la prestation compensatoire** **(Gouvernement. Sénat)**

Le premier alinéa de l'article L. 245-13 du code de l'action sociale et des familles est complété par les mots : « ou, à la demande du bénéficiaire et avec l'accord du président du conseil général, trimestriellement au début de chaque trimestre ».

### I – Code de l'action sociale et des familles

Livre II : Différentes formes d'aide et d'action sociales

Titre IV : Personnes handicapées

Chapitre V : Prestation de compensation

#### **- Article L. 245-13** *[modifié par l'article 90]*

*(inséré par Loi n° 2005-102 du 11 février 2005 art. 12 I Journal Officiel du 12 février 2005)*

La prestation de compensation est versée mensuellement **ou, à la demande du bénéficiaire et avec l'accord du président du conseil général, trimestriellement au début de chaque trimestre.**

Toutefois, lorsque la décision attributive de la prestation de compensation ouvre droit au bénéfice des éléments mentionnés aux 2°, 3°, 4° et 5° de l'article L. 245-3, elle peut spécifier, à la demande de la personne handicapée ou de son représentant légal, que ces éléments donneront lieu à un ou plusieurs versements ponctuels.

Ces versements ponctuels interviennent à l'initiative de la personne handicapée ou de son représentant légal. Un décret fixe les conditions dans lesquelles les demandes de versements ponctuels postérieures à la décision d'attribution visée à l'alinéa précédent font l'objet d'une instruction simplifiée.

# **Article 95 :**

## **Compétences des missions régionales de santé**

### **(Gouvernement.Sénat)**

I. – L'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par les mots : « , et notamment l'implantation de maisons médicales de garde » ;

2° Le 4° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce programme doit comporter des actions concernant les prescriptions hospitalières exécutées en ville ; »

3° Après le 4°, sont insérés un 5° et un 6° ainsi rédigés :

« 5° L'attribution des aides dont la gestion lui est confiée en application du VI de l'article L. 221-1-1 ;

« 6° Les conditions de financement des établissements de santé au titre de leur participation à la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, par référence aux rémunérations prévues au 16° de l'article L. 162-5 du présent code. »

II. – Dans la première phrase de l'article L. 162-5-14 et dans le 2° de l'article L. 162-47 du même code, la référence : « L. 6315-1 » est remplacée par la référence : « L. 6314-1 ».

## I - Code de la sécurité sociale

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

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

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Section 1 : Médecins

Sous-section 1 : Dispositions relatives aux relations conventionnelles

### **- Article L. 162-5** [pour info]

*(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 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 8 I, art. 55 II Journal Officiel du 17 août 2004)*

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

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

La ou les conventions déterminent notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des médecins d'exercice libéral ;

2° Les conditions de l'exercice de la médecine générale et de la médecine spécialisée ainsi que les dispositions permettant, d'une part, une meilleure coordination de leurs interventions et, d'autre part, l'amélioration du recours aux établissements de soins hospitaliers ;

2° bis Le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires aux médecins ;



3° (Abrogé) ;

3° bis Le cas échéant, les conditions de promotion des actions d'évaluation des pratiques professionnelles individuelles ou collectives ;

4° Les modalités de financement des expérimentations et des actions innovantes ;

5° Les modalités de réalisation et de financement de programmes d'évaluation des stratégies diagnostiques et thérapeutiques permettant l'établissement de références médicales nationales et locales ;

6° Les mécanismes de maîtrise des dépenses médicales concourant au respect des dispositions prévues à l'article L. 162-5-2, et notamment des mesures appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, la sélection des thèmes de références médicales, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application, et la mise en oeuvre de contrats locaux de maîtrise de dépenses dans chaque circonscription de caisse ;

7° Le cas échéant, les modalités de financement et d'organisation de la reconversion professionnelle des médecins exerçant à titre libéral et les conditions d'attribution d'une aide à la reconversion dont le montant peut varier en fonction de la zone géographique et de l'exercice, par le médecin, d'une spécialité ou de la médecine générale. Elles peuvent prévoir de subordonner cette aide à l'engagement du médecin à renoncer à tout exercice de la médecine nécessitant une inscription au tableau de l'Ordre des médecins ainsi que les modalités de son remboursement en cas de reprise d'une activité telle que définie ci-dessus ;

8° Le cas échéant, les conditions dans lesquelles les tarifs et les rémunérations visés à l'article L. 162-5-2 peuvent être majorés pour certains médecins conventionnés ou certaines activités en vue de valoriser une pratique médicale correspondant à des critères de qualité qu'elles déterminent ;

9° Les conditions de l'utilisation pour l'application de la convention des informations mentionnées aux articles L. 161-28 et L. 161-29, relatives à l'activité des praticiens et notamment les modalités de transmission de ces données aux instances conventionnelles et aux unions de médecins visées à l'article 6 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;

10° Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution ;

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.

Sous-section 3 : Dispositions diverses

### **- Article L. 162-5-14** [modifié par les articles 95 II et 104 VII]

(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 46 II Journal Officiel du 19 décembre 2003)

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

(Ordonnance n° 2005-804 du 18 juillet 2005 art. 4 Journal Officiel du 19 juillet 2005)

Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article ~~L. 6315-1~~ **L. 6314-1** du code de la santé publique **par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10**, par les médecins bénéficiant des dispositions de l'article L. 643-6 du présent code ainsi que les médecins concernés par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés par la convention prévue à l'article L. 162-5 du présent code ou par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2. Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs.

Section 10 : Organisation des soins

Sous-section 2 : Coordination des soins

### **- Article L. 162-47** [modifié par l'article 95 I et II]

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 67 III Journal Officiel du 17 août 2004 ; Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 20, art. 29 Journal Officiel du 21 décembre 2004)

Une mission régionale de santé constituée entre l'agence régionale de l'hospitalisation et l'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée de préparer et d'exercer les compétences conjointes à ces deux institutions. Elle détermine notamment :

1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique ; ces orientations définissent en particulier les zones rurales ou urbaines qui peuvent justifier l'institution des dispositifs mentionnés à l'article L. 162-14-1 ;

2° Après avis du conseil régional de l'ordre des médecins et des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des médecins libéraux, des propositions d'organisation du dispositif de permanence des soins prévu à l'article ~~L. 6315-1~~ **L. 6314-1** du code de la santé publique, **et notamment l'implantation de maisons médicales de garde ;**

3° Le programme annuel des actions, dont elle assure la conduite et le suivi, destinées à améliorer la coordination des différentes composantes régionales du système de soins pour la délivrance des soins à visée préventive, diagnostique ou curative pris en charge par l'assurance maladie, notamment en matière de développement des réseaux, y compris des réseaux de télémédecine ;

4° Le programme annuel de gestion du risque, dont elle assure la conduite et le suivi, dans les domaines communs aux soins hospitaliers et ambulatoires. Ce programme intègre la diffusion des guides de bon usage des soins et des recommandations de bonne pratique élaborés par la Haute Autorité de santé et l'évaluation de leur respect. **Ce programme doit comporter des actions concernant les prescriptions hospitalières exécutées en ville ;**

5° **L'attribution des aides dont la gestion lui est confiée en application du IV de l'article L. 221-1-1 ;**

**6° Les conditions de financement des établissements de santé au titre de leur participation à la permanence des soins mentionnée à l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, par référence aux rémunérations prévues au 16° de l'article L. 162-5 du présent code.**

Cette mission est dirigée alternativement, par périodes d'une année, par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie dans des conditions définies par décret.

Les orientations visées au 1° et les propositions citées au 2° sont soumises à l'avis de la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 1411-12 du code de la santé publique.

Chaque année, la mission soumet les projets de programme mentionnés au 3° et au 4° à l'avis de la conférence régionale de santé. Elle lui rend compte annuellement de la mise en oeuvre de ces programmes.

La conférence régionale de santé tient la mission informée de ses travaux.

La mission apporte son appui, en tant que de besoin, aux programmes de prévention mis en oeuvre par le groupement régional de santé publique prévu à l'article L. 1411-14 du code de la santé publique.

Livre 2 : 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. 221-1-1 [pour info] [modifié par l'article 94 II]**

*(inséré par Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 60 I Journal Officiel du 20 décembre 2005)*

~~I. — Il est créé au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Les professionnels de santé exerçant en ville et les centres de santé sont associés à la gestion du fonds.~~

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

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

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

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

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

~~III. — Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le~~

~~régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.~~

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

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

*Nota : Loi 2005-1579 2005-12-19 art. 60 III : pour 2006, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'art. L221-1-1 est fixé à 165 millions d'euros. Ce fonds est doté de 110 millions d'euros au titre de l'année 2006.*

## **I. – Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.**

**Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.**

**Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux dans les conditions prévues à l'article L. 162-45.**

**Il finance des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.**

**Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.**

**Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.**

**Il contribue à la mise en œuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.**

**Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.**

**II. – Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.**

**III. – Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'État et des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.**

**Le fonds dispose également dans chaque région de conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins.**

**IV. – Sur proposition du comité national de gestion, le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins délibère sur :**

**1° Les orientations stratégiques concernant les priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation ;**

**2° La part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I ;**

3° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional et celle réservée au financement des actions à caractère régional ;

4° Le rapport d'activité annuel.

Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.

V. – Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Il répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les missions régionales de santé et attribue les aides pour les actions à caractère national ou interrégional. Toutefois, les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations mentionnées au 2° du IV sont prises par le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

VI. – L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47, dans des conditions fixées par décret. Les aides peuvent être attribuées sur une base pluriannuelle.

Les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations mentionnées au 2° du IV sont prises par le bureau du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins.

VII. – La composition et les modalités de fonctionnement du comité national de gestion, du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins et des conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins ainsi que de leurs bureaux sont déterminées par décret.

## II – Code de la santé publique

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre III : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé

Titre Ier : Aide médicale urgente, permanence des soins et transports sanitaires

Chapitre IV : Permanence des soins

### **- Article L. 6314-1** [pour info] [modifié par l'article 104 I et VI]

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

*(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 50 I, II Journal Officiel du 5 mars 2002)*

*(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 11 I, II Journal Officiel du 6 septembre 2003)*

*(Ordonnance n° 2004-637 du 1 juillet 2004 art. 25 3° Journal Officiel du 2 juillet 2004 en vigueur le 1er juillet 2006)*

*(Ordonnance n° 2004-637 du 1 juillet 2004 art. 25 3° Journal Officiel du 2 juillet 2004 en vigueur le 1er juillet 2006)*

Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, **à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale** et à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale participent, ~~dans un but d'intérêt général, à la~~ **à la mission de service public de** permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat.

**Un arrêté fixe les modalités d'indemnisation des astreintes effectuées par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale.**

*Nota : La date d'entrée en vigueur de l'ordonnance 2004-637 2004-07-01 a été modifiée par l'ordonnance 2005-727 2005-06-30 art. 3.*

## **Article 96 :** **Création d'un fonds des actions conventionnelles** **(Gouvernement.Sénat)**

I. – Après l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 221-1-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 221-1-2. – Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds des actions conventionnelles.

« I. – Les ressources de ce fonds sont constituées :

« 1° Par le produit de la cotisation mentionnée au II de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale ;

« 2° Par toute autre ressource qui lui serait spécifiquement affectée par les parties conventionnelles.

« II. – Pour les médecins libéraux, le fonds a vocation :

« 1° À financer l'allocation de remplacement prévue par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 précitée ;

« 2° À participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des médecins dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie ;

« 3° À participer au financement du dispositif de reconversion vers la médecine du travail et de prévention des médecins prévu par l'article L. 241-6-1 du code du travail ;

« 4° À participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.

« Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures visées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds a vocation à financer la formation professionnelle conventionnelle et l'indemnisation des professionnels de santé y participant et à participer au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles.

« Les frais de fonctionnement du fonds sont pris en charge par le fonds.

« III. – Les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou accords mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 dans des conditions déterminées par ces conventions ou accords.

« IV. – Les conditions d'application du présent article sont définies en tant que de besoin par décret. »

II. – Le report à nouveau des résultats cumulés au 31 décembre 2006 du fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale est affecté au fonds des actions conventionnelles.

Les crédits correspondant au financement de l'évaluation des pratiques professionnelles inscrits au fonds d'amélioration de la qualité des soins de ville mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale sont transférés au fonds des actions conventionnelles.

III. – L'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins est abrogé.

# I - Code de la santé publique

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre III : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé

Titre II : Autres services de santé

Chapitre III : Centres de santé

## **- Article L. 6323-1 [pour info]**

*(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 50 I, III, art. 53 Journal Officiel du 5 mars 2002 ; Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 11 I Journal Officiel du 6 septembre 2003)*

Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au présent livre, soit par des collectivités territoriales.

Ils sont soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. L'agrément vaut autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, au sens de l'article L. 162-21 du code de la sécurité sociale.

# II - Code de la sécurité sociale

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

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

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

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

## **- Article L. 162-14-1 [pour info]**

*(Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 art. 3 Journal Officiel du 1er août 1991 ; Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 XVI Journal Officiel du 30 décembre 1999 ; Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 2 Journal Officiel du 7 mars 2002 ; Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 43 VI Journal Officiel du 19 décembre 2003 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 11, art. 49 I Journal Officiel du 17 août 2004 ; Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 37 V, art. 42 II Journal Officiel du 20 décembre 2005)*

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

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

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

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée ;

4° Le cas échéant, des dispositifs d'aides visant à faciliter l'installation des professionnels de santé libéraux ou des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du présent code ainsi que les conditions dans lesquelles les praticiens libéraux exerçant dans ces zones bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice, notamment pour favoriser l'exercice regroupé. La convention fixe également les modalités de calcul et de répartition, entre régimes, de cette

rémunération. Les obligations auxquelles sont soumis les professionnels ou les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie après consultation des organisations représentatives des professionnels de santé pour tenir compte de la situation régionale ;

5° Les conditions dans lesquelles les caisses d'assurance maladie participent au financement des cotisations dues par les professionnels de santé au titre de leurs honoraires en application des articles L. 242-11, L. 645-2 et L. 722-4 ; la ou les conventions fixent l'assiette et le niveau de cette participation et les modalités de sa modulation, notamment en fonction du lieu d'installation ou d'exercice ; elles fixent également les modalités de calcul et de répartition entre régimes de cette participation ; la participation ne peut être allouée que si le professionnel de santé a versé la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret ; elle peut être en outre partiellement ou totalement suspendue, dans les conditions prévues par les conventions, pour les professionnels de santé ne respectant pas tout ou partie des obligations qu'elles déterminent ;

6° Les modalités d'organisation et de fonctionnement des commissions mentionnées à l'article L. 162-1-7.

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

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

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

Section 7 : Centres de santé

### **- Article L. 162-32-1** [pour info] [modifié par l'article 71]

*(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 ; Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 55 II Journal Officiel du 17 août 2004 ; Loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 art. 19 Journal Officiel du 21 décembre 2004)*

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

Cet accord détermine notamment :

1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ;

2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé ; ces conditions ne peuvent pas modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions ;

3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé ;

4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;

5° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé ;



6° Les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé, notamment pour ce qui concerne la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge. Les centres s'engagent dans ce cadre à réaliser un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations qu'ils dispensent ;

7° 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 ;

8° Le cas échéant, des dispositifs d'aide visant à faciliter l'installation des centres de santé dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 **ainsi que les conditions dans lesquelles ces centres bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour les conduire à intégrer dans leurs équipes des professionnels de santé exerçant des activités numériquement déficitaires dans ces zones.** Les obligations auxquelles sont soumis les centres de santé qui bénéficient de ces aides peuvent être adaptées par les unions régionales des caisses d'assurance maladie après consultation des organisations représentatives des centres de santé mentionnées au premier alinéa du présent article pour tenir compte de la situation régionale.

Livre 2 : 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. 221-1-1 [pour info]**

*(inséré par Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 60 I Journal Officiel du 20 décembre 2005)*

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

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

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

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

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

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

III. - Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de l'agriculture.

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

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

*NOTA : Loi 2005-1579 2005-12-19 art. 60 III : pour 2006, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'art. L221-1-1 est fixé à 165 millions d'euros. Ce fonds est doté de 110 millions d'euros au titre de l'année 2006.*

#### **- Article L. 221-1-2 [créé par l'article 96 I]**

**Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds des actions conventionnelles.**

**I. – Les ressources de ce fonds sont constituées :**

**1° Par le produit de la cotisation mentionnée au II de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale ;**

**2° Par toute autre ressource qui lui serait spécifiquement affectée par les parties conventionnelles.**

**II. – Pour les médecins libéraux, le fonds a vocation :**

**1° À financer l'allocation de remplacement prévue par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 précitée ;**

**2° À participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des médecins dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie ;**

**3° À participer au financement du dispositif de reconversion vers la médecine du travail et de prévention des médecins prévu par l'article L. 241-6-1 du code du travail ;**

**4° À participer au financement de l'aide mentionnée à l'article 16 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie.**

**Pour l'ensemble des professionnels de santé libéraux conventionnés et pour les professionnels exerçant au sein de structures visées à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, le fonds a vocation à financer la formation professionnelle conventionnelle et l'indemnisation des professionnels de santé y participant et à participer au financement des actions d'évaluation des pratiques professionnelles.**

**Les frais de fonctionnement du fonds sont pris en charge par le fonds.**

**III. – Les décisions de financement sont prises, pour chacune des professions concernées, par les parties aux conventions ou accords mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-32-1 dans des conditions déterminées par ces conventions ou accords.**

**IV. – Les conditions d'application du présent article sont définies en tant que de besoin par décret.**

### III - Code du travail

Livre II : Réglementation du travail  
Titre IV : Services de santé au travail

#### **- Article L. 241-6-1** [pour info]

*(inséré par Loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 art. 194 Journal Officiel du 18 janvier 2002)*

I. - Les personnes titulaires d'un diplôme en médecine, d'un certificat ou d'un autre titre mentionné à l'article L. 4131-1 du code de la santé publique et ayant exercé au moins pendant cinq ans, peuvent, pour une durée de cinq ans à compter de la date de promulgation de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, exercer la médecine du travail ou la médecine de prévention, à condition d'avoir obtenu un titre en médecine de santé au travail et de prévention des risques professionnels, à l'issue d'une formation spécifique, d'une durée de deux ans, comprenant une partie théorique et une partie pratique en milieu de travail.

II. - Au titre de cette formation, chaque médecin peut bénéficier d'une indemnité liée à l'abandon de son activité antérieure, d'une garantie de rémunération pendant la période de formation et d'une prise en charge du coût de celle-ci. Le financement de ces dispositions est assuré par des concours des organismes de sécurité sociale et une participation des services médicaux.

III. - Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.

### IV - Loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale

#### **- Article 4** [pour info]

*Modifié par Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 46 I (JORF 19 décembre 2003).*

I. - Les médecins âgés de cinquante-sept ans au moins, relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale et qui cessent définitivement toute activité médicale non salariée avant le 1er octobre 2003, sauf exceptions définies par décret, reçoivent, sur leur demande, une allocation visant à leur garantir, au plus tard jusqu'à leur soixante-cinquième anniversaire, un revenu de remplacement, à condition de ne pas bénéficier à la date de la demande d'allocation ou pendant son service :

1° D'un avantage de retraite servi par la Caisse autonome de retraite des médecins français, quel que soit son montant ;

2° D'un avantage de retraite autre que celui mentionné au 1° d'un montant supérieur à un plafond fixé par le décret mentionné au III ;

3° D'un avantage du régime d'assurance invalidité mentionné à l'article L. 644-2 du code de la sécurité sociale ou des dispositions de l'article L. 643-2 du même code ; les personnes qui, au titre de la durée de leur captivité ou de leurs services militaires en temps de guerre, peuvent bénéficier des dispositions de l'article L. 643-3 du même code sont admises à percevoir l'allocation de cessation anticipée d'activité jusqu'à l'âge auquel elles peuvent faire valoir leurs droits à retraite à taux plein en application dudit article.

L'obligation de cesser définitivement toute activité médicale non salariée, prévue au premier alinéa du présent I, ne fait pas obstacle à la participation à la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique.

Le service de l'allocation cesse au premier jour du trimestre civil suivant la date à laquelle l'intéressé se trouve dans l'une des situations définies aux 1°, 2° et 3° ci-dessus.

Le montant de cette allocation est déterminé en fonction des revenus que les intéressés tiraient antérieurement de l'activité qu'ils exerçaient dans les conditions fixées par les articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite d'un plafond fixé par décret et variant, le cas échéant, selon l'âge auquel la demande d'allocation est présentée.

L'allocation ne peut être cumulée avec les revenus d'une activité médicale salariée que dans la limite d'un plafond fixé par le décret mentionné au III.

Le dépassement du plafond mentionné à l'alinéa précédent entraîne une réduction de l'allocation à due concurrence. Toutefois, il n'est pas tenu compte des revenus tirés de l'activité médicale exercée dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article L. 6315-1 du code de la santé publique.

II. - Le financement de cette allocation est assuré par une cotisation qui est à la charge :

1° Des médecins en exercice relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale ;

2° Du régime général d'assurance maladie, des régimes d'assurance maladie des professions agricoles et du régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles.

Cette cotisation est proportionnelle aux revenus que les médecins tirent de l'activité mentionnée au 1°.

Le solde, constaté au 31 décembre de chaque année, des cotisations encaissées et des prestations servies au cours de l'exercice est affecté au financement des prestations complémentaires de vieillesse servies aux médecins en application de l'article L. 645-1 du code de la sécurité sociale.

III. - Le montant de l'allocation, le montant de la cotisation ainsi que la répartition de celle-ci entre les médecins et les régimes d'assurance maladie et les cas d'exonération sont fixés par décret. Le décret fixe également les cas et les conditions dans lesquels, à titre exceptionnel, la date mentionnée au premier alinéa du I peut être fixée après le 1er octobre 2003 pour les personnes ayant organisé avant le 1er octobre 2002 leur cessation d'activité.

IV. - Le recouvrement de la cotisation et la liquidation de l'allocation sont assurés par la caisse autonome de retraite des médecins français. Ces opérations font l'objet d'une comptabilité distincte de celles des autres régimes gérés par cet organisme. Celui-ci perçoit des frais de gestion dont le montant est fixé par l'autorité administrative après avis de cette caisse.

V. - Les médecins qui bénéficient de l'allocation instituée au paragraphe I restent redevables des cotisations que doivent acquitter, à titre obligatoire, les médecins non salariés aux régimes d'assurance vieillesse dont ils relèvent. La cotisation proportionnelle mentionnée à l'article L. 642-1 du code de la sécurité sociale est déterminée, à compter de la troisième année civile de perception de l'allocation de remplacement visée au I, en pourcentage du montant d'allocation perçu au cours de l'avant-dernière année, ainsi que, le cas échéant, des revenus professionnels libéraux retenus pour le calcul de l'impôt. Ils restent également redevables des cotisations relatives au régime d'assurance décès mentionné à l'article L. 644-2 du code de la sécurité sociale selon des modalités fixées par décret.

VI. - Les médecins qui bénéficient de l'allocation instituée au paragraphe I conservent leurs droits aux prestations en nature du régime d'assurance maladie et maternité dont ils relevaient lors de leur cessation d'activité. Ils doivent acquitter une cotisation d'assurance maladie-maternité dont le taux est fixé par décret.

VII. - Les litiges nés de l'application du présent article, à l'exception du paragraphe III, relèvent du contentieux général de la sécurité sociale .

## V - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

### **- Article 16** [pour info]

I., II. - (Paragraphe modificateurs)

III. - Les médecins soumis à l'obligation d'assurance mentionnée à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, qui exercent les spécialités mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 4135-1 du même code et qui sont accrédités ou engagés dans une procédure de renouvellement de leur accréditation, peuvent bénéficier d'une aide à la souscription d'une assurance dont le montant est fixé, en fonction des spécialités et des conditions d'exercice, par décret. Cette aide est à la charge de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

A titre transitoire et pendant une durée de trois ans, les médecins engagés dans une procédure d'accréditation peuvent également bénéficier de l'aide mentionnée ci-dessus. S'ils renoncent à demander l'accréditation ou si elle leur est refusée, les médecins qui ont perçu l'aide mentionnée à l'alinéa précédent sont tenus de la rembourser.

## VI - Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

### **- Article 4** [abrogé par l'article 96 III]

*Modifié par Loi n°2004-810 du 13 août 2004 art. 49 XII (JORF 17 août 2004)*

~~Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale.~~

#### ~~I. — Les ressources de ce fonds sont constituées :~~

~~1° A titre exceptionnel, par les économies ou recettes supplémentaires résultant pour l'assurance maladie d'une part de l'article 6 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale et d'autre part du décret n° 95-1360 du 30 décembre 1995 relatif à la prise en charge par les caisses d'assurance maladie d'une partie de la cotisation d'allocations familiales due par certains médecins ;~~

~~2° Par le produit de la cotisation mentionnée au II de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale ;~~

~~3° Par toute autre ressource qui lui serait spécifiquement affectée par les parties conventionnelles ainsi que par toute recette prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.~~

#### ~~II. — Le fonds a vocation :~~

~~1° A financer l'allocation de remplacement prévue par l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 susmentionnée ainsi que des aides de toute nature et des primes qui peuvent être modulées en fonction de critères d'âge, d'activité ou d'implantation géographique en vue de faciliter l'orientation, la réorientation, la reconversion ou la cessation anticipée d'activité des médecins exerçant à titre libéral ;~~

~~2° A participer au financement des actions mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article 8 de la présente ordonnance, à destination des médecins libéraux ;~~

~~3° A financer des aides en vue de faciliter l'installation des médecins libéraux dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins.~~

~~Ces opérations sont retracées en trois sections distinctes. Les modalités de fonctionnement, de gestion du fonds et de participation des représentants des médecins à sa gestion sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.~~

# **Article 102 :**

## **Droit d'opposition à la convention médicale**

### **(Parlement.Sénat)**

I. – Le quatrième alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, le mot : « représentant » est remplacé par les mots : « représentatives réunissant » ;

2° Dans la deuxième phrase, les mots : « si celle-ci représente au moins » sont remplacés par les mots : « représentative si celle-ci réunit au moins ».

II. – Dans l'article L. 162-33 du même code, après le mot : « expérience », sont insérés les mots : « , audience électorale ».

## I - Code de la sécurité sociale

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

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

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

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

Sous-section 1 : Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants

### **- Article L. 162-15 [modifié par l' article 102 I]**

*(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)*

*(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 48 I, art. 55 II Journal Officiel du 17 août 2004)*

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

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

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

L'opposition formée à l'encontre de l'un des accords mentionnés au premier alinéa par au moins deux organisations syndicales ~~représentant~~ **représentatives réunissant** 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 oeuvre. 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 représentative si celle-ci réunit 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 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 8 : Dispositions diverses

### **- Article L. 162-33** [modifié par l' article 102 II]

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

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

Dans un délai déterminé, précédant l'échéance, tacite ou expresse, de la convention, le ou les ministres compétents provoquent une enquête de représentativité afin de déterminer les organisations syndicales nationales les plus représentatives qui participeront à la négociation et à la signature éventuelles des conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-16-1, en fonction des critères suivants : effectifs, indépendance, cotisations, ~~expérience~~ **audience électorale** et ancienneté du syndicat.

## **Article 104 :** **Permanence des soins** **(Gouvernement.AN)**

I. – Dans l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, les mots : « , dans un but d'intérêt général, à la » sont remplacés par les mots : « à la mission de service public de ».

II. – L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après la référence : « L. 321-1 », sont insérés les mots : « et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural » ;

2° Le deuxième alinéa (1°) est complété par les mots : « et au 1° ou au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural ».

III. – Après le septième alinéa (5°) de l'article L. 162-16-1 du même code, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique. »

IV. – L'article L. 162-15-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas d'urgence, lorsque la violation des engagements prévus par la convention est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier, la caisse primaire d'assurance maladie peut décider de suspendre les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. Un décret en Conseil d'État précise les conditions et les modalités d'application du présent alinéa. »

V. – 1. Le même code est ainsi modifié :

1° Dans le troisième alinéa de l'article L. 114-17, les mots : « la juridiction administrative » sont remplacés par les mots : « le tribunal des affaires de sécurité sociale » ;

2° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 162-1-14, les mots : « tribunal administratif » sont remplacés par les mots : « tribunal des affaires de sécurité sociale » ;

3° Après le troisième alinéa de l'article L. 162-22-18, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La sanction peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. » ;

4° Dans la quatrième phrase du deuxième alinéa de l'article L. 524-7, les mots : « la juridiction administrative » sont remplacés par les mots : « le tribunal des affaires de sécurité sociale ».

2. Les dispositions du présent V sont applicables aux pénalités et sanctions notifiées à compter du 1er juillet 2007.

VI. – L'article L. 6314-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après les mots : « activité libérale, », est insérée la référence : « à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté fixe les modalités d'indemnisation des astreintes effectuées par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale. »

VII. – La première phrase de l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° La référence : « L. 6315-1 » est remplacée par la référence : « L. 6314-1 » ;

2° Après les mots : « au code de la santé publique », sont insérés les mots : « par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10, ».



## I – Code de la santé publique

Sixième partie : Etablissements et services de santé

Livre III : Aide médicale urgente, permanence des soins, transports sanitaires et autres services de santé

Titre Ier : Aide médicale urgente, permanence des soins et transports sanitaires

Chapitre IV : Permanence des soins

### **- Article L. 6314-1** [modifié par l'article 104 I et VI]

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

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 50 I, II Journal Officiel du 5 mars 2002)

(Ordonnance n° 2003-850 du 4 septembre 2003 art. 11 I, II Journal Officiel du 6 septembre 2003)

(Ordonnance n° 2004-637 du 1 juillet 2004 art. 25 3° Journal Officiel du 2 juillet 2004 en vigueur le 1er juillet 2006)

(Ordonnance n° 2004-637 du 1 juillet 2004 art. 25 3° Journal Officiel du 2 juillet 2004 en vigueur le 1er juillet 2006)

Sous réserve des missions dévolues aux établissements de santé, les médecins mentionnés à l'article L. 162-5, dans le cadre de leur activité libérale, **à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale** et à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale participent, ~~dans un but d'intérêt général, à la~~ **à la mission de service public de** permanence des soins dans des conditions et selon des modalités d'organisation définies par un décret en Conseil d'Etat.

**Un arrêté fixe les modalités d'indemnisation des astreintes effectuées par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale.**

*Nota : La date d'entrée en vigueur de l'ordonnance 2004-637 2004-07-01 a été modifiée par l'ordonnance 2005-727 2005-06-30 art. 3.*

## II – Code de la sécurité sociale

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

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 ter : Contrôle et lutte contre la fraude

### **- Article L. 114-17** [modifié par l'article 104 V]

(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 92 I Journal Officiel du 20 décembre 2005)

(Loi n° 2006-339 du 23 mars 2006 art. 15 2° Journal Officiel du 24 mars 2006)

Sous réserve des dispositions des articles L. 262-47-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 524-7 du présent code, l'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations versées par les organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, ainsi que l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces prestations, ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme concerné, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de cet organisme. Celle-ci apprécie la responsabilité du bénéficiaire dans l'inobservation des règles applicables.

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

La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant ~~la juridiction administrative~~ **le tribunal des affaires de sécurité sociale.**

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

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

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales  
Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

**- Article L. 162-1-14** [modifié par les articles 88 VI et 104 V]

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

(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 92 II Journal Officiel du 20 décembre 2005)

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

La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant le ~~tribunal administratif~~ **tribunal des affaires de sécurité sociale**.

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.

**- Article L. 162-1-15** [modifié par l'article 104 II]

(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 25 Journal Officiel du 17 août 2004)

Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut décider, après que le médecin a été mis en mesure de présenter ses observations et après avis de la commission prévue à l'article L. 162-1-14, à laquelle participent des professionnels de santé, de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la couverture des frais de transport ou le versement des indemnités journalières mentionnés aux 2° et 5° de l'article L. 321-1 **et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural**, en cas de constatation par ce service :

1° Du non-respect par le médecin des conditions prévues au 2° ou au 5° de l'article L. 321-1 **et au 1° ou au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural** ;

2° Ou d'un nombre ou d'une durée d'arrêts de travail prescrits par le médecin et donnant lieu au versement d'indemnités journalières significativement supérieurs aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie ;

3° Ou d'un nombre de prescriptions de transports significativement supérieur à la moyenne des prescriptions de transport constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie.

Toutefois, en cas d'urgence attestée par le médecin prescripteur, l'accord préalable de l'organisme débiteur des prestations n'est pas requis pour la prise en charge des frais de transport.

Section 1 : Médecins

Sous-section 3 : Dispositions diverses

### **- Article L. 162-5-10** [pour info]

*Créé par Ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996 art. 17 IX (JORF 25 avril 1996)*

*Modifié par Loi n°99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 XVIII (JORF 30 décembre 1999)*

*Modifié par Loi n°2004-810 du 13 août 2004 art. 48 III D (JORF 17 août 2004)*

Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins qui n'adhèrent pas à la convention nationale des médecins ou qui ne sont pas régis par le règlement mentionné à l'article L. 162-14-2 donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie sur la base d'un tarif d'autorité fixé par arrêté interministériel.

### **- Article L. 162-5-14** [modifié par les articles 95 II et 104 VII]

*(Loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 art. 46 II Journal Officiel du 19 décembre 2003)*

*(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 48 III d Journal Officiel du 17 août 2004)*

*(Ordonnance n° 2005-804 du 18 juillet 2005 art. 4 Journal Officiel du 19 juillet 2005)*

Les frais relatifs aux actes effectués dans le cadre de la permanence des soins prévue à l'article ~~L. 6315-1~~ **L. 6314-1** du code de la santé publique **par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10**, par les médecins bénéficiant des dispositions de l'article L. 643-6 du présent code ainsi que les médecins concernés par l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale sont pris en charge par l'assurance maladie sur la base des tarifs fixés par la convention prévue à l'article L. 162-5 du présent code ou par le règlement arbitral prévu à l'article L. 162-14-2. Ces médecins sont tenus de respecter ces tarifs.

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

Sous-section 1 : Conditions d'application des conventions, de leurs annexes et avenants

### **- Article L. 162-15-1** [modifié par l'article 104 IV]

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

La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un professionnel de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par la convention, lui permettant notamment de présenter ses observations ; elle ne fait pas obstacle à l'application éventuelle des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du présent livre.

**En cas d'urgence, lorsque la violation des engagements prévus par la convention est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier, la caisse primaire d'assurance maladie peut décider de suspendre les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. Un décret en Conseil d'État précise les conditions et les modalités d'application du présent alinéa.**

#### Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques

##### **- Article L. 162-16-1 [modifié par l'article 104 III]**

(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)

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

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

La convention détermine notamment :

- 1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;
- 2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;
- 3° 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.

**6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique.**

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

##### **- Article L. 162-22-18 [modifié par l'article 104 V]**

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

(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 46 I Journal Officiel du 17 août 2004)

Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

Cette sanction est prise par la commission exécutive mentionnée à l'article L. 6115-2 du code de la santé publique, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie mentionnés au sixième alinéa de l'article L. 1112-1 du même code en application du programme de contrôle régional établi par ladite commission. Elle est notifiée à l'établissement.

Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement ou, si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, sur la

base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours, dans la limite de 5 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

**La sanction peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale.**

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

Livre 5 : Prestations familiales et prestations assimilées

Titre 2 : Prestations générales d'entretien

Chapitre 4 : Allocation de parent isolé

**- Article L. 524-7** *[modifié par l'article 104 V]*

*(inséré par Loi n° 2006-339 du 23 mars 2006 art. 15 1° Journal Officiel du 24 mars 2006)*

Sans préjudice des actions en récupération des allocations indûment versées et des poursuites pénales, l'inexactitude ou le caractère incomplet, lorsqu'ils sont délibérés, des déclarations faites pour le bénéfice de l'allocation ou de la prime forfaitaire instituée par l'article L. 524-5, ainsi que l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ce bénéfice, ayant abouti à des versements indus, peuvent être sanctionnés par une pénalité prononcée par le directeur de la caisse concernée, après avis d'une commission composée et constituée au sein de son conseil d'administration. Le montant de cette pénalité ne peut excéder 3 000 euros.

Le directeur de la caisse informe préalablement l'intéressé des faits qui lui sont reprochés et de la pénalité envisagée. Il l'invite à présenter ses observations écrites ou orales, le cas échéant assisté d'une personne de son choix, dans un délai qui ne peut être inférieur à un mois. La pénalité peut être prononcée à l'issue de ce délai et est alors notifiée à l'intéressé. La décision est motivée et susceptible d'être contestée devant ~~la juridiction administrative~~ **le tribunal des affaires de sécurité sociale**. La pénalité est recouvrée dans les conditions prévues à l'article L. 114-17.

Aucune pénalité ne peut être prononcée à raison de faits remontant à plus de deux ans, ni lorsque la personne concernée a, pour les mêmes faits, déjà été définitivement condamnée par le juge pénal ou a bénéficié d'une décision définitive de non-lieu ou de relaxe déclarant que la réalité de l'infraction n'est pas établie ou que cette infraction ne lui est pas imputable. Si une telle décision de non-lieu ou de relaxe intervient postérieurement au prononcé d'une pénalité par le directeur de la caisse, la révision de cette pénalité est de droit. Si, à la suite du prononcé d'une pénalité par le directeur de la caisse, une amende pénale est infligée pour les mêmes faits, la pénalité s'impute sur cette amende.

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

**Article 106 :**  
**Extinction de la faculté conventionnelle de mise à la retraite  
d'office avant soixante-cinq ans  
(Gouvernement. Texte initial)**

I – Le deuxième alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail est complété par trois phrases ainsi rédigées :

« Cette indemnité est également due, dans les mêmes conditions, à tout salarié dont le départ à la retraite avec l'accord de l'employeur, à partir du 1er janvier 2010 et jusqu'au 1er janvier 2014, conduit à rompre le contrat de travail à un âge inférieur à celui mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale. L'indemnité de départ mentionnée à la phrase précédente est assujettie en totalité à la contribution sociale généralisée visée à l'article L. 136-2 du même code et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale visée à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Elle obéit par ailleurs au même régime fiscal et social que celui de l'indemnité de licenciement.

II – Après le deuxième alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le régime juridique prévu à la dernière phrase de l'alinéa précédent ne s'applique que lorsqu'une convention ou un accord collectif étendu relatif à la mise à la retraite, conclu après l'entrée en vigueur de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et avant la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2007, prévoit la possibilité de rompre le contrat de travail à un âge inférieur à celui mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein et que cet âge n'est pas inférieur à celui fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code. »

III – Les deuxième et troisième phrases du troisième alinéa de l'article L. 122-14-13 du même code sont ainsi rédigées :

« En cas de cessation d'activité organisée en application d'un accord professionnel mentionné à l'article L. 352-3 ou d'une convention mentionnée au 3° de l'article L. 322-4 ou lors de l'octroi de tout autre avantage de préretraite défini antérieurement à la publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, un âge inférieur peut être fixé dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein au sens du code de la sécurité sociale, sans pouvoir être inférieur à celui qui est fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code. À compter de l'entrée en vigueur de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2007, aucune convention ou accord collectif prévoyant la possibilité d'une mise à la retraite d'office d'un salarié à un âge inférieur à celui fixé au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ne peut être signée ou étendu. »

IV – Le troisième alinéa du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les accords conclus et étendus avant la publication de la loi n° ..... du de financement de la sécurité sociale pour 2007, déterminant des contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle et fixant un âge inférieur à celui mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein et que cet âge n'est pas inférieur à celui fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code, cessent de produire leurs effets au 31 décembre 2009. »

V – Après le troisième alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les accords et les conventions signés ou étendus avant la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui ont prévu la possibilité de mise à la retraite d'office d'un salarié avant l'âge fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale cessent de produire leurs effets au plus tard le 31 décembre 2007. Les indemnités versées à ce titre au salarié par l'employeur sont assujetties à la contribution instituée à l'article L. 137-10 du même code. »

# I – Code du travail

Livre Ier : Conventions relatives au travail  
Titre II : Contrat de travail  
Chapitre II : Règles propres au contrat de travail  
Section 2 : Résiliation du contrat de travail à durée indéterminée  
Sous-section 1 : Résiliation du contrat

## **- Article L. 122-14-13 [modifié par l'article 106]**

*(Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 art. 59 II Journal Officiel du 31 juillet 1987)  
(Loi n° 91-72 du 18 janvier 1991 art. 1 Journal Officiel du 20 janvier 1991)  
(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 2 VI Journal Officiel du 30 décembre 1999)  
(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 16 Journal Officiel du 22 août 2003)*

Tout salarié quittant volontairement l'entreprise pour bénéficier du droit à une pension de vieillesse a droit, sous réserve des dispositions plus favorables d'une convention ou d'un accord collectif de travail ou du contrat de travail, à l'indemnité de départ en retraite prévue à l'article 6 de l'accord annexé à la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle.

Tout salarié dont la mise à la retraite résulte d'une décision de l'employeur a droit, sous réserve des dispositions plus favorables en matière d'indemnité de départ à la retraite contenues dans une convention ou un accord collectif de travail ou un contrat de travail, au versement d'une indemnité de départ en retraite équivalente soit à l'indemnité de licenciement prévue par l'article 5 de l'accord mentionné au premier alinéa s'il remplit les conditions fixées pour en bénéficier, soit à l'indemnité minimum de licenciement prévue à l'article L. 122-9 du présent code. **Cette indemnité est également due, dans les mêmes conditions, à tout salarié dont le départ à la retraite avec l'accord de l'employeur, à partir du 1er janvier 2010 et jusqu'au 1er janvier 2014, conduit à rompre le contrat de travail à un âge inférieur à celui mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale. L'indemnité de départ mentionnée à la phrase précédente est assujettie en totalité à la contribution sociale généralisée visée à l'article L. 136-2 du même code et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale visée à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Elle obéit par ailleurs au même régime fiscal et social que celui de l'indemnité de licenciement.**

**Le régime juridique prévu à la dernière phrase de l'alinéa précédent ne s'applique que lorsqu'une convention ou un accord collectif étendu relatif à la mise à la retraite, conclu après l'entrée en vigueur de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et avant la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2007, prévoit la possibilité de rompre le contrat de travail à un âge inférieur à celui mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein et que cet âge n'est pas inférieur à celui fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code.**

La mise à la retraite s'entend de la possibilité donnée à l'employeur de rompre le contrat de travail d'un salarié ayant atteint l'âge visé au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale. ~~Dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif étendu conclu avant le 1er janvier 2008 fixant des contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle, ou en cas de cessation d'activité en application d'un accord professionnel mentionné à l'article L. 352-3 du présent code ou d'une convention conclue en application du 3° de l'article L. 322-4 ou dans le cadre du bénéfice de tout autre avantage de préretraite défini antérieurement à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, un âge inférieur peut être fixé, dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein au sens du code de la sécurité sociale. Cet âge ne peut être inférieur à celui fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale. En cas de cessation d'activité organisée en application d'un accord professionnel mentionné à l'article L. 352-3 ou d'une convention mentionnée au 3° de l'article L. 322-4 ou lors de l'octroi de tout autre avantage de préretraite défini antérieurement à la publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, un âge inférieur peut être fixé dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein au sens du code de la sécurité sociale, sans pouvoir être inférieur à celui qui est fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code. À compter de l'entrée en vigueur de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2007, aucune convention ou accord collectif prévoyant la possibilité d'une mise à la retraite d'office d'un salarié à un âge inférieur à celui fixé au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ne peut être signé ou étendu. Les accords conclus et étendus avant la publication de la loi n° ..... du de financement de la sécurité sociale pour 2007, déterminant des contreparties en termes d'emploi ou~~

**de formation professionnelle et fixant un âge inférieur à celui mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein et que cet âge n'est pas inférieur à celui fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code, cessent de produire leurs effets au 31 décembre 2009.**

**Les accords et les conventions signés ou étendus avant la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui ont prévu la possibilité de mise à la retraite d'office d'un salarié avant l'âge fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale cessent de produire leurs effets au plus tard le 31 décembre 2007. Les indemnités versées à ce titre au salarié par l'employeur sont assujetties à la contribution instituée à l'article L. 137-10 du même code.**

Si les conditions de mise à la retraite ne sont pas réunies, la rupture du contrat de travail par l'employeur constitue un licenciement.

L'employeur ou le salarié, selon que l'initiative du départ à la retraite émane de l'un ou de l'autre, est tenu de se conformer aux dispositions des 1°, 2°, 3° et du dernier alinéa de l'article L. 122-6 du présent code.

Livre III : Placement et emploi

Titre II : Emploi

Chapitre II : Fonds national de l'emploi

Section 1 : Fonds national de l'emploi

### **- Article L. 322-4 [pour info]**

*(Loi n° 73-4 du 2 janvier 1973 Journal Officiel du 3 janvier 1973)*

*(Décret n° 76-784 du 19 août 1976 Journal Officiel du 20 août 1976)*

*(Décret n° 79-705 du 22 août 1979 Journal Officiel du 23 août 1979)*

*(Ordonnance n° 84-106 du 16 février 1984 art. 15 Journal Officiel du 17 février date d'entrée en vigueur 1er AVRIL 1984)*

*(Ordonnance n° 84-198 du 21 mars 1984 art. 2 Journal Officiel du 22 mars date d'entrée en en vigueur 1er AVRIL 1984)*

*(Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 art. 102 Journal Officiel du 26 juillet 1985)*

*(Loi n° 85-832 du 5 août 1985 art. 2, art. 3 Journal Officiel du 6 août 1985)*

*(Ordonnance n° 86-948 du 11 août 1986 art. 11 Journal Officiel du 12 août 1986)*

*(Loi n° 92-1446 du 31 décembre 1992 art. 11 Journal Officiel du 1er janvier 1993)*

*(Loi n° 93-1313 du 20 décembre 1993 art. 43 IV, V Journal Officiel du 21 décembre 1993)*

*(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 18 I Journal Officiel du 22 août 2003 en vigueur le 1er janvier 2005)*

Dans les régions ou à l'égard des professions astreintes ou menacées d'un grave déséquilibre de l'emploi, le ministre chargé du travail, après avis du comité supérieur de l'emploi engage des actions de reclassement, de placement et de reconversion professionnelle. Il en assure ou coordonne l'exécution.

Dans les cas prévus au présent article, peuvent être attribuées par voie de conventions conclues avec les organismes professionnels ou interprofessionnels, les organisations syndicales ou avec les entreprises :

1. Des allocations temporaires dégressives en faveur des travailleurs qui ne peuvent bénéficier d'un stage de formation et ne peuvent être temporairement occupés que dans des emplois entraînant un déclassement professionnel ;
2. Des allocations spéciales en faveur de certaines catégories de travailleurs âgés lorsqu'il est établi qu'ils ne sont pas aptes à bénéficier de mesures de reclassement. Les droits de ces travailleurs à l'égard de la sécurité sociale sont fixés par voie réglementaire ;
3. Alinéa abrogé (1)
4. Des allocations de conversion en faveur des salariés auxquels est accordé un congé en vue de bénéficier d'actions destinées à favoriser leur reclassement et dont le contrat de travail est, à cet effet, temporairement suspendu.
5. Des allocations en faveur des salariés dont l'emploi à temps plein est transformé, avec leur accord, en emploi à temps partiel dans le cadre d'une convention d'aide au passage à temps partiel conclue en vue d'éviter des licenciements économiques. Le montant des ressources nettes garanties des salariés adhérents à ces conventions ne pourra dépasser 90 p. 100 de leur rémunération nette antérieure.

En outre, le ministre chargé du travail peut, après avis du comité supérieur de l'emploi, accorder des aides individuelles au reclassement en faveur de certaines catégories de travailleurs sans emploi reprenant un emploi à temps partiel.

Les allocations versées en application du présent article sont cessibles et saisissables dans les mêmes conditions et limites que les salaires.



Les contributions des employeurs à ces allocations ne sont passibles ni du versement forfaitaire sur les salaires, ni des cotisations de sécurité sociale.

*(1) Nota : Loi 2003-775 art. 18 I : Les conventions signées en application de ce 3<sup>o</sup> antérieurement au 1er janvier 2005 continuent de produire leurs effets jusqu'à leur terme.*

Titre V : Travailleurs privés d'emploi

Chapitre II : Régime des accords conclus entre employeurs et travailleurs et relatifs aux allocations d'assurance des travailleurs privés d'emploi

### **- Article L. 352-3 [pour info]**

*(Loi n° 73-4 du 2 janvier 1973 Journal Officiel du 3 janvier 1973)*

*(Loi n° 79-32 du 16 janvier 1979 Journal Officiel du 17 janvier 1979)*

*(Loi n° 79-1129 du 28 décembre 1979 art. 8 Journal Officiel du 29 décembre 1979)*

*(Loi n° 82-1 du 4 janvier 1982 art. 7 III et IV Journal Officiel du 5 janvier 1982)*

*(Ordonnance n° 84-198 du 21 mars 1984 art. 3 Journal Officiel du 22 mars date d'entrée en vigueur 1er avril 1984)*

*(Loi n° 85-772 du 25 juillet 1985 art. 103 Journal Officiel du 26 juillet 1985)*

*(Loi n° 91-1323 du 30 décembre 1991 art. 17 IV finances rectificative pour 1991 Journal Officiel du 31 décembre 1991)*

*(Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 art. 128 Journal Officiel du 31 juillet 1998)*

*(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 18 III, IV Journal Officiel du 22 août 2003)*

*(Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 art. 24 VI Journal Officiel du 27 juillet 2005)*

Les prestations mentionnées aux articles L. 321-4-2, L. 351-3, L. 351-25 et au dernier alinéa du présent article sont cessibles et saisissables dans les mêmes conditions et limites que les salaires. Ces prestations ainsi que les allocations prévues aux articles L. 351-9 et L. 351-10 sont exonérées du versement forfaitaire sur les salaires et des cotisations de sécurité sociale sous réserve de l'application des dispositions des articles L. 131-2, L. 241-2, L. 242-13 et L. 711-2 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 741-9 du code rural ; les règles fixées au 5 de l'article 158 du code général des impôts sont applicables.

Les contributions des employeurs prévues à l'article L. 351-3 ne sont passibles ni du versement forfaitaire sur les salaires ni des cotisations de sécurité sociale. Elles sont déductibles des bénéfices industriels et commerciaux, agricoles ou non commerciaux pour l'établissement de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés dû par ces employeurs.

Les contributions payées dans les mêmes conditions par les travailleurs sont déductibles pour l'établissement de l'impôt sur le revenu des personnes physiques dû par les intéressés.

Sous réserve de l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, les dispositions des alinéas 2 et 3 ci-dessus sont applicables aux allocations et contributions versées en vue d'indemniser la privation partielle d'emploi, lorsque cette indemnisation résulte d'accords professionnels, ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux. Lorsque cette indemnisation vise à permettre à certains salariés de bénéficier d'un avantage de préretraite, elle doit, pour ouvrir droit au bénéfice de ces dispositions, être mise en oeuvre dans le respect de conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, liées à l'âge et aux caractéristiques, notamment à la pénibilité, de l'activité des bénéficiaires (1).

*Nota : Loi n° 2005-841 du 26 juillet 2005 art. 36 VI : Les dispositions de l'article 24 de la présente loi sont applicables aux accords mentionnés au cinquième alinéa du I de l'article L. 321-4-2 du code du travail conclus à compter du 1er avril 2005.*

## II – Code de la sécurité sociale

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

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 7 : Recettes diverses

Section 4 : Contribution sur les avantages de préretraite d'entreprise

### **- Article L. 137-10 [pour info]**

*(inséré par Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 17 I Journal Officiel du 22 août 2003)*

I. - Il est institué, à la charge des employeurs et au profit du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1, une contribution sur les avantages de préretraite ou de cessation anticipée d'activité versés, sous quelque forme que ce soit, à d'anciens salariés directement par l'employeur, ou pour son compte, par l'intermédiaire d'un tiers, en vertu d'une convention, d'un accord collectif, de toute autre stipulation contractuelle ou d'une décision unilatérale de l'employeur.

II. - Le taux de cette contribution est égal à la somme des taux des cotisations, à la charge de l'employeur et du salarié, prévues aux deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 241-3 du présent code ou au II de l'article L. 741-9 du code rural pour les employeurs relevant du régime agricole et du taux de cotisation, à la charge de l'employeur et du salarié, sous plafond du régime complémentaire conventionnel légalement obligatoire régi par le livre IX.

III. - Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables s'agissant de la présente contribution.

IV. - Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux contributions des employeurs mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail, ni aux allocations et contributions des employeurs mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 352-3 du même code.

*Nota : Loi 2003-775 2003-08-21 art. 17 III et IV : Les dispositions du I du présent article sont applicables aux avantages versés en vertu soit d'une convention, d'un accord collectif ou de toute autre stipulation contractuelle conclu après le 27 mai 2003, soit d'une décision unilatérale de l'employeur postérieure à cette même date.*

*Le taux visé au II de l'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale est réduit dans des conditions fixées par décret jusqu'au 31 mai 2008 pour les avantages versés dans le cadre d'un dispositif de préretraite qui prévoit l'adhésion obligatoire à l'assurance volontaire invalidité, vieillesse et veuvage jusqu'à l'obtention du taux plein du régime général de la sécurité sociale et le maintien des cotisations aux régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre 1er du titre II du livre IX du même code sur la base du salaire qu'aurait perçu le bénéficiaire s'il était resté en activité lorsque le financement de ces couvertures est assuré en tout ou partie par l'employeur aux termes d'un accord répondant aux conditions prévues par l'article L. 911-1 du même code, pour un montant au moins équivalent à celui de la taxe prévue à l'article L. 137-10 dudit code.*

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

Titre 5 : Assurance vieillesse - Assurance veuvage

Chapitre 1er : Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite

Section 5 : Taux et montant de la pension

### **- Article L. 351-1 [pour info]**

*(Loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 art. 6 Journal Officiel du 23 juillet 1993)*

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

L'assurance vieillesse garantit une pension de retraite à l'assuré qui en demande la liquidation à partir d'un âge déterminé.

Le montant de la pension résulte de l'application au salaire annuel de base d'un taux croissant, jusqu'à un maximum dit "taux plein", en fonction de la durée d'assurance, dans une limite déterminée, tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, ainsi que de celle des périodes reconnues équivalentes, ou en fonction de l'âge auquel est demandée cette liquidation.

Si l'assuré a accompli dans le régime général une durée d'assurance inférieure à la limite prévue au deuxième alinéa, la pension servie par ce régime est d'abord calculée sur la base de cette durée, puis réduite compte tenu de la durée réelle d'assurance.

Les modalités de calcul du salaire de base, des périodes d'assurance ou des périodes équivalentes susceptibles d'être prises en compte et les taux correspondant aux durées d'assurance et à l'âge de liquidation sont définis par décret en Conseil d'Etat.

Les dispositions des alinéas précédents ne sauraient avoir pour effet de réduire le montant de la pension à un montant inférieur à celui qu'elle aurait atteint si la liquidation en était intervenue avant le 1er avril 1983, compte tenu de l'âge atteint à cette date.

*Nota : Code de la sécurité sociale L357-4 : dispositions applicables dans le Haut-Rhin, le Bas-Rhin et la Moselle.*

*Nota : Loi 2003-775 2003-08-21 art. 22 II : les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet après le 31 décembre 2007.*

**- Article L. 351-8 [pour info]**

*(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 24 II Journal Officiel du 22 août 2003)*

Bénéficient du taux plein même s'ils ne justifient pas de la durée requise d'assurance ou de périodes équivalentes dans le régime général et un ou plusieurs autres régimes obligatoires :

- 1°) les assurés qui atteignent un âge déterminé ;
- 2°) les assurés reconnus inaptes au travail dans les conditions prévues à l'article L. 351-7 ;
- 3°) les anciens déportés ou internés titulaires de la carte de déporté ou interné de la Résistance ou de la carte de déporté ou interné politique ;
- 4°) les mères de famille salariées justifiant d'une durée minimum d'assurance dans le régime général, ou dans ce régime et celui des salariés agricoles qui ont élevé au moins un nombre minimum d'enfants, dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 342-4, et qui ont exercé un travail manuel ouvrier pendant une durée déterminée ;
- 4° bis) les travailleurs handicapés admis à demander la liquidation de leur pension de retraite avant l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 ;
- 5°) les anciens prisonniers de guerre lorsque, sur leur demande, leur pension est liquidée à un âge variant suivant la durée de captivité dans des conditions fixées par décret.

Les anciens prisonniers de guerre évadés de guerre, au-delà d'un certain temps de captivité, et les anciens prisonniers rapatriés pour maladie peuvent choisir le régime le plus favorable.

Toute partie de mois n'est pas prise en considération.

Les dispositions du 5°) ci-dessus s'appliquent à tous les anciens combattants pour leur durée de service actif passé sous les drapeaux.

# **Article 111 :**

## **Régimes de retraite complémentaires facultatifs**

### **(Parlement. Sénat)**

I. – Il ne peut plus être créé de régime complémentaire facultatif en application du troisième alinéa des articles L. 644-1 et L. 723-14 du code de la sécurité sociale à compter du 1er janvier 2007.

II. – Les contrats souscrits par les adhérents à un régime créé en application du troisième alinéa des articles L. 644-1 et L. 723-14 du code de la sécurité sociale peuvent être transférés à un organisme régi par le livre II du code de la mutualité ou à une entreprise régie par le code des assurances. La décision de transfert est prise par le conseil d'administration de l'organisme gestionnaire du régime.

Les deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 212-11 du code de la mutualité ainsi que les deux premières phrases du dernier alinéa du même article sont applicables lorsque les contrats sont transférés à une mutuelle régie par le livre II du même code.

Les deuxième et dernier alinéas de l'article L. 324-1 du code des assurances sont applicables lorsque les contrats sont transférés à une entreprise régie par ce même code.

## **I - Code de la sécurité sociale**

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 4 : Assurance vieillesse et invalidité-décès des professions libérales

Chapitre 4 : Régimes complémentaires vieillesse - Régimes invalidité-décès

### **- Article L. 644-1** [pour info]

*(Loi n° 87-588 du 30 juillet 1987 art. 6 Journal Officiel du 31 juillet 1987)*

*(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 41 I et II Journal Officiel du 27 juillet 1994)*

*(Loi n° 96-452 du 28 mai 1996 art. 50 I Journal Officiel du 29 mai 1996)*

*(Loi n° 2003-775 du 21 août 2003 art. 94 1°, 2° Journal Officiel du 22 août 2003 en vigueur le 1er janvier 2004)*

*(Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 art. 15 II Journal Officiel du 3 août 2005)*

A la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et après consultation par référendum des assujettis au régime de base, des décrets peuvent instituer un régime d'assurance vieillesse complémentaire fonctionnant à titre obligatoire dans le cadre soit de l'ensemble du groupe professionnel, soit d'une activité professionnelle particulière. Le conjoint associé ou le conjoint collaborateur, mentionné à l'article L. 121-4 du code de commerce, de l'assuré relevant de ce groupe ou exerçant cette activité est affilié à titre obligatoire à ce régime.

Le mode de calcul des cotisations complémentaires destinées à financer les régimes institués en application du premier alinéa et, le cas échéant, leurs montants annuels sont déterminés par décret après avis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.

Des régimes complémentaires facultatifs peuvent être établis à la demande du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales dans les conditions fixées par le code de la mutualité.

*Nota : Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 art. 15 XIV : les dispositions de l'article 15 sont applicables :*

*1° A compter de la date de publication du décret en Conseil d'Etat prévu au V de l'article L. 121-4 du code de commerce, aux conjoints adhérant à cette date, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs non salariés en application des dispositions des 5° et 6° de l'article L. 742-6 du code de la sécurité sociale;*

*2° A compter du premier jour du quatrième trimestre civil suivant la date de publication du décret en Conseil d'Etat prévu au V de l'article L. 121-4 du code de commerce, aux conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 622-8 du code de la sécurité sociale autres que ceux mentionnés au 1° du présent XIV.*

Livre 7 : Régimes divers - Dispositions diverses  
Titre 2 : Régimes divers de non-salariés et assimilés  
Chapitre 3 : Régime des avocats (assurance vieillesse et invalidité-décès)  
Section 4 : Régime complémentaire d'assurance vieillesse et survivants

### **- Article L. 723-14** [pour info]

(Loi n° 95-116 du 4 février 1995 art. 50 I Journal Officiel du 5 février 1995)  
(Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 art. 15 X Journal Officiel du 3 août 2005)

La caisse nationale des barreaux français peut décider l'institution pour les avocats d'un régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse et survivants.

Les conjoints collaborateurs visés au deuxième alinéa de l'article L. 723-1 sont également assujettis au régime complémentaire obligatoire d'assurance vieillesse et survivants.

La décision de la caisse nationale des barreaux français concernant l'institution du régime complémentaire n'entre en vigueur qu'après approbation par décret.

La Caisse nationale des barreaux français peut également constituer un régime complémentaire facultatif dans les conditions fixées par le code de la mutualité.

*Nota : Loi n° 2005-882 du 2 août 2005 art. 15 XIV : les dispositions de l'article 15 sont applicables :*

*1° A compter de la date de publication du décret en Conseil d'Etat prévu au V de l'article L. 121-4 du code de commerce, aux conjoints adhérant à cette date, à l'assurance volontaire vieillesse des travailleurs non salariés en application des dispositions des 5° et 6° de l'article L. 742-6 du code de la sécurité sociale;*

*2° A compter du premier jour du quatrième trimestre civil suivant la date de publication du décret en Conseil d'Etat prévu au V de l'article L. 121-4 du code de commerce, aux conjoints collaborateurs mentionnés à l'article L. 622-8 du code de la sécurité sociale autres que ceux mentionnés au 1° du présent XIV.*

## II - Code de la mutualité

Livre II : Mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation  
Titre Ier : Règles de fonctionnement applicables aux mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance et de capitalisation  
Chapitre II : Fonctionnement  
Section 3 : Fusion, scission, dissolution, redressement judiciaire, liquidation

### **- Article L. 212-11** [pour info]

(Loi n° 2003-706 du 1 août 2003 art. 33 II 6° Journal Officiel du 2 août 2003)

Les mutuelles et unions ainsi que leurs succursales peuvent être autorisées, dans les conditions définies au présent article, à transférer tout ou partie de leur portefeuille d'opérations, avec ses droits et obligations et couvrant des risques ou des engagements situés sur le territoire d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen, à une ou plusieurs des mutuelles ou unions régies par le présent code, à une ou plusieurs des institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale ou l'article L. 727-2 du code rural, et à une ou plusieurs des entreprises d'assurance régies par le code des assurances ou dont l'Etat d'origine est membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Elles peuvent également être autorisées à effectuer ces transferts auprès des succursales des organismes visés ci-dessus et établies sur le territoire d'un Etat membre de la Communauté européenne ou d'un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen. Elles peuvent également être autorisées à effectuer ces transferts auprès d'entreprises d'assurance dont le siège est établi dans un Etat qui n'est pas partie à l'accord sur l'Espace économique européen mais dont la succursale est établie et agréée dans l'Etat du risque ou de l'engagement, membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen.

Dans tous les cas, le nouvel assureur doit respecter les garanties concernant les activités transférées, telles que la mutuelle ou l'union les avaient établies.

L'assemblée générale de la mutuelle ou de l'union est obligatoirement appelée à se prononcer sur la demande de transfert dans les conditions de l'article L. 114-12.

La demande de transfert est portée à la connaissance des créanciers par un avis publié au Journal officiel, qui leur impartit un délai de deux mois pour présenter leurs observations à l'autorité administrative. L'autorité

administrative approuve le transfert par arrêté, s'il lui apparaît que celui-ci ne préjudicie pas aux intérêts des créanciers, des adhérents, des membres participants, de leurs ayants droit et des bénéficiaires.

L'autorité administrative n'approuve le transfert que si les autorités de contrôle de l'Etat d'établissement de l'entreprise cessionnaire attestent que celle-ci possède, compte tenu du transfert, la marge de solvabilité nécessaire. Toutefois, lorsque l'Etat d'origine de l'entreprise cessionnaire est partie à l'accord sur l'Espace économique européen, l'attestation mentionnée au présent alinéa est donnée par les autorités de contrôle de cet Etat.

Lorsque les risques ou les engagements transférés sont situés dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen autre que la France, l'autorité administrative recueille préalablement l'avis de l'autorité de contrôle de l'Etat du risque ou de l'engagement.

Pour les transferts de portefeuilles d'opérations relevant du b du 1° du I de l'article L. 111-1, cette approbation est en outre fondée sur les données de l'état sur les plus-values latentes prévu à l'article L. 212-6.

L'approbation rend le transfert opposable aux membres participants ainsi qu'aux créanciers à partir de la date de publication au Journal officiel de l'arrêté mentionné au quatrième alinéa du présent article. Les membres participants ont la faculté de résilier leur adhésion dans le délai d'un mois suivant la date de cette publication. Toutefois, cette faculté de résiliation ne leur est pas offerte lorsque l'affiliation à la mutuelle ou à l'union est obligatoire en vertu d'une convention ou d'un accord collectif, d'un accord ratifié par référendum ou d'une décision unilatérale de l'employeur, sauf modification de la convention, de l'accord ou de la décision unilatérale.

### III - Code des assurances

Livre III : Les entreprises

Titre II : Régime administratif

Chapitre IV : Transfert de portefeuille

Section I : Règles générales

#### **- Article L. 324-1 [pour info]**

*(Loi n° 89-1014 du 31 décembre 1989 art. 25, art. 57 Journal Officiel du 3 janvier 1990 en vigueur le 1er juillet 1990)*

*(Loi n° 94-5 du 4 janvier 1994 art. 24 Journal Officiel du 5 janvier 1994 en vigueur le 1er juillet 1994)*

*(Loi n° 2003-706 du 1 août 2003 art. 29 II 2°, 8° Journal Officiel du 2 août 2003)*

*(Ordonnance n° 2006-344 du 23 mars 2006 art. 1 Journal Officiel du 24 mars 2006)*

Les entreprises d'assurance françaises et leurs succursales mentionnées au 1° de l'article L. 310-2 ainsi que les succursales françaises d'entreprises d'assurance mentionnées aux 3° et 4° du même article peuvent être autorisées, dans les conditions définies au présent article, à transférer tout ou partie de leur portefeuille de contrats, couvrant des risques ou des engagements situés sur le territoire d'un Etat membre des Communautés européennes avec ses droits et obligations, à une ou plusieurs des entreprises d'assurance françaises ou de leurs succursales mentionnées au 1° de l'article L. 310-2, à une ou plusieurs entreprises dont l'Etat d'origine est membre des Communautés européennes ou de leurs succursales établies sur le territoire de celles-ci ou à une ou plusieurs entreprises d'assurance établies dans l'Etat du risque ou de l'engagement et agréées dans cet Etat. Le présent article ne s'applique pas aux transferts de portefeuilles de contrats souscrits en libre prestation de services par les entreprises agréées conformément aux dispositions de l'article L. 321-7.

La demande de transfert est portée à la connaissance des créanciers par un avis publié au Journal officiel, qui leur impartit un délai de deux mois pour présenter leurs observations. Le Comité des entreprises d'assurance approuve le transfert s'il lui apparaît que le transfert ne préjudicie pas aux intérêts des créanciers et des assurés.

Le Comité des entreprises d'assurance n'approuve le transfert que si les autorités de contrôle de l'Etat d'établissement de l'entreprise cessionnaire attestent que celle-ci possède, compte tenu du transfert, la marge de solvabilité nécessaire. Toutefois, lorsque l'Etat d'origine de l'entreprise cessionnaire est partie à l'accord sur l'Espace économique européen, l'attestation mentionnée au présent alinéa est donnée par les autorités de contrôle de cet Etat.

Lorsque le cédant est une succursale située dans un Etat membre des Communautés européennes autre que la France, le Comité des entreprises d'assurance recueille préalablement l'avis de l'autorité de contrôle de l'Etat où est située la succursale.

Lorsque les risques ou les engagements transférés sont situés dans un Etat membre des Communautés européennes autre que la France, le Comité des entreprises d'assurance recueille préalablement l'accord des autorités de contrôle de l'Etat du risque ou de l'engagement.

Pour les transferts concernant les entreprises d'assurance vie ou de capitalisation, cette approbation est, en outre, fondée sur les données de l'état prévues à l'article L. 344-1.

L'approbation rend le transfert opposable aux assurés, souscripteurs et bénéficiaires de contrat ainsi qu'aux créanciers, et écarte l'application du droit de surenchère prévu par l'article L. 141-19 du code de commerce. Le transfert est opposable à partir de la date de publication au Journal officiel de la décision d'approbation mentionnée au deuxième alinéa du présent article. Les assurés ont la faculté de résilier le contrat dans le délai d'un mois suivant la date de cette publication.

Les dispositions du présent article sont précisées par décret en Conseil d'Etat.

## **Article 115 :**

# **Compensation à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales du transfert des fonctionnaires d'Etat (Parlement. Sénat)**

L'article 108 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales est ainsi rédigé :

« Art. 108. – Les fonctionnaires qui demanderont leur intégration dans la fonction publique territoriale relèveront du régime spécial de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales à compter de la date d'effet de l'intégration. Lorsqu'ils réuniront les conditions prévues par la réglementation de ce régime, ils pourront bénéficier d'une pension rémunérant les services effectifs accomplis, y compris sous le statut de la fonction publique de l'État, antérieurement à l'intégration. En contrepartie, une compensation financière intégrale des charges ainsi assurées pour le compte de l'État sera accordée à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales dans des conditions fixées par une loi de finances. »

### I - Loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales

#### **- Article 108** *[modifié par l'article 115]*

~~Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 2 octobre de chaque année, et jusqu'à l'année suivant l'expiration du délai mentionné au I de l'article 109 un rapport évaluant les conséquences de l'intégration dans la fonction publique territoriale des personnels transférés au titre de la présente loi sur l'équilibre du régime de retraite de la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales.~~

Les fonctionnaires qui demanderont leur intégration dans la fonction publique territoriale relèveront du régime spécial de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales à compter de la date d'effet de l'intégration. Lorsqu'ils réuniront les conditions prévues par la réglementation de ce régime, ils pourront bénéficier d'une pension rémunérant les services effectifs accomplis, y compris sous le statut de la fonction publique de l'État, antérieurement à l'intégration. En contrepartie, une compensation financière intégrale des charges ainsi assurées pour le compte de l'État sera accordée à la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales dans des conditions fixées par une loi de finances.



**Article 117 :**  
**Augmentation de la part de l'Etat dans le financement du Fiva**  
**(Parlement. Sénat)**

La dotation de l'État au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixée comme suit pour les années 2008 à 2010 :

<b>Année</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>
Dotation de l'État (en pourcentage des recettes totales du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante)	17 %	22 %	30 %

## **Article 134 :** **Aménagement du régime du dossier médical personnel** **(Gouvernement. Sénat)**

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 161-36-2, il est inséré un article L. 161-36-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-36-2-2. – I. – Les professionnels de santé accèdent au dossier médical personnel d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, en présence d'une situation comportant un risque immédiat pour sa santé, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté ou alimenté dans une telle situation.

« Le médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique qui reçoit un appel concernant une personne accède, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté dans une telle situation, au dossier médical personnel de celle-ci.

« II. – Le professionnel de santé recueille, après avoir informé la personne concernée, son consentement pour qu'un autre professionnel de santé à qui il serait nécessaire de confier une partie de la prestation accède à son dossier médical personnel et l'alimente. » ;

2° L'article L. 161-36-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Il détermine également les modalités de fixation de la tarification applicable aux hébergeurs mentionnés à l'article L. 161-36-1, au regard des missions qui leur sont confiées pour la gestion du dossier médical personnel. » ;

3° Après l'article L. 161-36-4, sont insérés deux articles L. 161-36-4-1 et L. 161-36-4-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 161-36-4-1. – Le décret prévu à l'article L. 161-36-4 fixe les conditions dans lesquelles les informations contenues dans le dossier médical personnel contribuent à alimenter le carnet de santé prévu à l'article L. 2132-1 du code de la santé publique.

« Art. L. 161-36-4-2. – Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1 du code de la santé publique, il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, un dossier pharmaceutique dont les informations alimentent le dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1, dans des conditions précisées par le décret prévu à l'article L. 161-36-4.

« Sauf opposition du patient quant à l'accès du pharmacien à son dossier pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation.

« La mise en œuvre du dossier pharmaceutique est assurée par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens mentionné à l'article L. 4231-2 du code de la santé publique. »

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 4231-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Il organise la mise en œuvre du dossier pharmaceutique mentionné à l'article L. 161-36-4-2 du code de la sécurité sociale. »

III. – Après le troisième alinéa de l'article L. 1111-8 du même code, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La détention et le traitement sur des supports informatiques de données de santé à caractère personnel par des professionnels de santé, des établissements de santé ou des hébergeurs de données de santé à caractère personnel sont subordonnés à l'utilisation de systèmes d'information conformes aux prescriptions adoptées en application de l'article L. 1110-4 et répondant à des conditions d'interopérabilité arrêtées par le ministre chargé de la santé.

« Les professionnels et établissements de santé peuvent, par dérogation aux dispositions de la dernière phrase des deux premiers alinéas du présent article, utiliser leurs propres systèmes ou des systèmes appartenant à des hébergeurs agréés sans le consentement exprès de la personne concernée dès lors que

l'accès aux données détenues est limité au professionnel de santé ou à l'établissement de santé qui les a déposées, ainsi qu'à la personne concernée dans les conditions prévues par l'article L. 1111-7. »

IV. – Sauf lorsqu'elle s'applique à des demandes d'agrément portant sur l'hébergement des dossiers médicaux personnels prévus à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, la procédure d'agrément prévue à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique est suspendue pendant une période de deux ans à compter de la publication de la présente loi.

Pendant le délai de deux ans prévu au premier alinéa du présent IV, toute personne peut exercer l'activité d'hébergement de données de santé à caractère personnel, autres que celles constituant le dossier médical personnel prévu à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, à condition de satisfaire aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La poursuite de cette activité au-delà de la période transitoire est subordonnée au dépôt d'une demande d'agrément avant l'expiration de ladite période. L'activité d'hébergement peut alors être poursuivie jusqu'à ce qu'il soit statué sur cette demande.

La dérogation prévue au cinquième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, tel que résultant du III du présent article, entre en vigueur à compter de la période de suspension de deux ans mentionnée au premier alinéa du présent IV.

V. – Après l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1111-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 1111-8-1. – Un identifiant de santé des personnes prises en charge par un professionnel de santé ou un établissement de santé ou dans le cadre d'un réseau de santé défini à l'article L. 6321-1 est utilisé, dans l'intérêt des personnes concernées et à des fins de coordination et de qualité des soins, pour la conservation, l'hébergement et la transmission des informations de santé. Il est également utilisé pour l'ouverture et la tenue du dossier médical personnel institué par l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale et du dossier pharmaceutique institué par l'article L. 161-36-4-2 du même code. Un décret, pris après avis conforme de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe le choix de cet identifiant ainsi que ses modalités d'utilisation. »

VI. – L'article 5 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est abrogé.

## I - Code de la sécurité sociale

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

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

Chapitre 1<sup>er</sup> : Dispositions relatives aux prestations

Section 5 : Dossier médical personnel

### **- Article L. 161-36-1** [pour info]

*(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 3 I Journal Officiel du 17 août 2004)*

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 1er janvier 2007.

### **- Article L. 161-36-2** [pour info]

*(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 3 I Journal Officiel du 17 août 2004)*

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 Ier 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 : Loi 2004-810 2004-08-13 art. 3 II : les dispositions du 2e alinéa de l'art. L161-36-2 s'appliquent à compter du 1er juillet 2007.*

### **- Article L. 161-36-2-2** [créé par l'article 134 I]

**I. – Les professionnels de santé accèdent au dossier médical personnel d'une personne hors d'état d'exprimer sa volonté, en présence d'une situation comportant un risque immédiat pour sa santé, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté ou alimenté dans une telle situation.**

**Le médecin régulateur du centre de réception et de régulation des appels d'aide médicale urgente mentionné à l'article L. 6112-5 du code de la santé publique qui reçoit un appel concernant une personne accède, sauf si cette personne avait auparavant manifesté son opposition expresse à ce que son dossier soit consulté dans une telle situation, au dossier médical personnel de celle-ci.**

**II. – Le professionnel de santé recueille, après avoir informé la personne concernée, son consentement pour qu'un autre professionnel de santé à qui il serait nécessaire de confier une partie de la prestation accède à son dossier médical personnel et l'alimente.**

### **- Article L. 161-36-4** [modifié par l'article 134 I]

*(inséré par Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 3 I Journal Officiel du 17 août 2004)*

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.

**Il détermine également les modalités de fixation de la tarification applicable aux hébergeurs mentionnés à l'article L. 161-36-1, au regard des missions qui leur sont confiées pour la gestion du dossier médical personnel.**

### **- Article L. 161-36-4-1** [créé par l'article 134 I]

**Le décret prévu à l'article L. 161-36-4 fixe les conditions dans lesquelles les informations contenues dans le dossier médical personnel contribuent à alimenter le carnet de santé prévu à l'article L. 2132-1 du code de la santé publique.**

**- Article L. 161-36-4-2** [créé par l'article 134 I]

**Afin de favoriser la coordination, la qualité, la continuité des soins et la sécurité de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1 du code de la santé publique, il est créé, pour chaque bénéficiaire de l'assurance maladie, avec son consentement, un dossier pharmaceutique dont les informations alimentent le dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1, dans des conditions précisées par le décret prévu à l'article L. 161-36-4.**

**Sauf opposition du patient quant à l'accès du pharmacien à son dossier pharmaceutique et à l'alimentation de celui-ci, tout pharmacien d'officine est tenu d'alimenter le dossier pharmaceutique à l'occasion de la dispensation.**

**La mise en œuvre du dossier pharmaceutique est assurée par le Conseil national de l'ordre des pharmaciens mentionné à l'article L. 4231-2 du code de la santé publique.**

## II - Code de la santé publique

Première partie : Protection générale de la santé

Livre I<sup>er</sup> : Protection des personnes en matière de santé

Titre I<sup>er</sup> : Droits des personnes malades et des usagers du système de santé

Chapitre préliminaire : Droits de la personne

**- Article L. 1110-4** [pour info]

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

*(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 2 II Journal Officiel du 17 août 2004)*

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 la 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. Seul un médecin est habilité à délivrer, ou à faire délivrer sous sa responsabilité, ces informations.

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

**- Article L. 1111-7 [pour info]**

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)  
(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 10 II Journal Officiel du 23 avril 2005)

Toute personne a accès à l'ensemble des informations concernant sa santé détenues par des professionnels et établissements de santé, qui sont formalisées et ont contribué à l'élaboration et au suivi du diagnostic et du traitement ou d'une action de prévention, ou ont fait l'objet d'échanges écrits entre professionnels de santé, notamment des résultats d'examen, comptes rendus de consultation, d'intervention, d'exploration ou d'hospitalisation, des protocoles et prescriptions thérapeutiques mis en oeuvre, feuilles de surveillance, correspondances entre professionnels de santé, à l'exception des informations mentionnant qu'elles ont été recueillies auprès de tiers n'intervenant pas dans la prise en charge thérapeutique ou concernant un tel tiers.

Elle peut accéder à ces informations directement ou par l'intermédiaire d'un médecin qu'elle désigne et en obtenir communication, dans des conditions définies par voie réglementaire au plus tard dans les huit jours suivant sa demande et au plus tôt après qu'un délai de réflexion de quarante-huit heures aura été observé. Ce délai est porté à deux mois lorsque les informations médicales datent de plus de cinq ans ou lorsque la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie en application du quatrième alinéa.

La présence d'une tierce personne lors de la consultation de certaines informations peut être recommandée par le médecin les ayant établies ou en étant dépositaire, pour des motifs tenant aux risques que leur connaissance sans accompagnement ferait courir à la personne concernée. Le refus de cette dernière ne fait pas obstacle à la communication de ces informations.

A titre exceptionnel, la consultation des informations recueillies, dans le cadre d'une hospitalisation sur demande d'un tiers ou d'une hospitalisation d'office, peut être subordonnée à la présence d'un médecin désigné par le demandeur en cas de risques d'une gravité particulière. En cas de refus du demandeur, la commission départementale des hospitalisations psychiatriques est saisie. Son avis s'impose au détenteur des informations comme au demandeur.

Sous réserve de l'opposition prévue à l'article L. 1111-5, dans le cas d'une personne mineure, le droit d'accès est exercé par le ou les titulaires de l'autorité parentale. A la demande du mineur, cet accès a lieu par l'intermédiaire d'un médecin.

En cas de décès du malade, l'accès des ayants droit à son dossier médical s'effectue dans les conditions prévues par le dernier alinéa de l'article L. 1110-4.

La consultation sur place des informations est gratuite. Lorsque le demandeur souhaite la délivrance de copies, quel qu'en soit le support, les frais laissés à sa charge ne peuvent excéder le coût de la reproduction et, le cas échéant, de l'envoi des documents.

**- Article L. 1111-8 [modifié par l'article 134 III]**

(Loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 art. 11 Journal Officiel du 5 mars 2002)  
(Loi n° 2004-801 du 6 août 2004 art. 18 IV Journal Officiel du 7 août 2004)  
(Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 art. 4 Journal Officiel du 17 août 2004)  
(Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005 art. 10 II Journal Officiel du 23 avril 2005)  
(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 92 IX Journal Officiel du 20 décembre 2005)

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

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

Les conditions d'agrément des hébergeurs sont fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et des conseils de l'ordre des professions de santé. Ce décret mentionne les informations qui doivent être fournies à l'appui de la demande d'agrément, notamment les modèles de contrats prévus au deuxième alinéa et les dispositions prises pour garantir la sécurité des

données traitées en application de l'article 34 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 précitée, en particulier les mécanismes de contrôle et de sécurité dans le domaine informatique ainsi que les procédures de contrôle interne. Les dispositions de l'article L. 4113-6 s'appliquent aux contrats prévus à l'alinéa précédent.

**La détention et le traitement sur des supports informatiques de données de santé à caractère personnel par des professionnels de santé, des établissements de santé ou des hébergeurs de données de santé à caractère personnel sont subordonnés à l'utilisation de systèmes d'information conformes aux prescriptions adoptées en application de l'article L. 1110-4 et répondant à des conditions d'interopérabilité arrêtées par le ministre chargé de la santé.**

**Les professionnels et établissements de santé peuvent, par dérogation aux dispositions de la dernière phrase des deux premiers alinéas du présent article, utiliser leurs propres systèmes ou des systèmes appartenant à des hébergeurs agréés sans le consentement exprès de la personne concernée dès lors que l'accès aux données détenues est limité au professionnel de santé ou à l'établissement de santé qui les a déposées, ainsi qu'à la personne concernée dans les conditions prévues par l'article L. 1111-7.**

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

Seuls peuvent accéder aux données ayant fait l'objet d'un hébergement les personnes que celles-ci concernent et les professionnels de santé ou établissements de santé qui les prennent en charge et qui sont désignés par les personnes concernées, selon des modalités fixées dans le contrat prévu au deuxième alinéa, dans le respect des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-7.

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

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

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

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

Tout acte de cession à titre onéreux de données de santé identifiantes, directement ou indirectement, y compris avec l'accord de la personne concernée, est interdit sous peine des sanctions prévues à l'article 226-21 du code pénal.

*[Nota : La dérogation prévue au cinquième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, tel que résultant du III du présent article, entre en vigueur à compter de la période de suspension de deux ans mentionnée au premier alinéa du présent IV].*

#### **- Article L. 1111-8-1** [créé par l'article 134 V]

**Un identifiant de santé des personnes prises en charge par un professionnel de santé ou un établissement de santé ou dans le cadre d'un réseau de santé défini à l'article L. 6321-1 est utilisé, dans l'intérêt des personnes concernées et à des fins de coordination et de qualité des soins, pour la conservation, l'hébergement et la transmission des informations de santé. Il est également utilisé pour l'ouverture et la tenue du dossier médical personnel institué par l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale et du dossier pharmaceutique institué par l'article L. 161-36-4-2 du même code. Un décret, pris après avis conforme de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, fixe le choix de cet identifiant ainsi que ses modalités d'utilisation.**

Quatrième partie : Professions de santé  
Livre II : Professions de la pharmacie  
Titre III : Organisation de la profession de pharmacien  
Chapitre 1<sup>er</sup> : Missions et composition de l'ordre national et du conseil national

**- Article L. 4231-2 [modifié par l'article 134 II]**

(Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 48 IV Journal Officiel du 20 décembre 2005)

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est le défenseur de la légalité et de la moralité professionnelle.

Il coordonne l'action des conseils centraux des sections de l'ordre et joue un rôle d'arbitrage entre les différentes branches de la profession.

Il se réunit au moins quatre fois par an.

Il délibère sur les affaires soumises à son examen par le ministre chargé de la santé et par les conseils centraux.

Il accueille toutes les communications et suggestions des conseils centraux et leur donne les suites qui concilient au mieux les intérêts normaux de la profession et les intérêts supérieurs de la santé publique.

Il est qualifié pour représenter, dans son domaine d'activité, la pharmacie auprès des autorités publiques et auprès des organismes d'assistance.

Il peut s'occuper sur le plan national de toutes les questions d'entraide et de solidarité professionnelle et notamment des sinistres et des retraites.

Il peut, devant toutes les juridictions, exercer tous les droits réservés à la partie civile relativement aux faits portant un préjudice direct ou indirect à l'intérêt collectif de la profession pharmaceutique.

~~Afin de favoriser la qualité des soins et de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1, il contribue au développement des moyens destinés à faciliter la mise en œuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de l'exercice de la profession de pharmacien et des articles L. 161-36-1 à L. 161-36-4 du même code.~~

**Il organise la mise en œuvre du dossier pharmaceutique mentionné à l'article L. 161-36-4-2 du code de la sécurité sociale.**

### III - Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Titre 1<sup>er</sup> : Dispositions relatives à l'organisation de l'offre de soins et à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé  
Section 1 : Coordination des soins

**- Article 5 [abrogé par l'article 134 VI]**

~~Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, détermine les conditions dans lesquelles un identifiant peut être utilisé pour l'ouverture et pour la tenue du dossier médical personnel tel que défini à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, dans l'intérêt de la personne concernée et à des fins exclusives de coordination des soins.~~



## **Article 138 :** **Création d'un répertoire commun aux organismes sociaux** **(Parlement. AN)**

I. – Après l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-12-1. – Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, ainsi qu'aux organismes mentionnés à l'article L. 351-21 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.

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

« Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini au premier alinéa.

« Ont également accès aux données de ce répertoire :

« 1° Les organismes de la branche recouvrement du régime général dans le cadre de l'exercice de leurs missions ;

« 2° Les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale.

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

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

« Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'État, après avis conforme de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant dernier alinéa. »

II. – L'article L. 161 du livre des procédures fiscales est abrogé.

### I - Code de la sécurité sociale

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

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 ter : Contrôle et lutte contre la fraude

#### **- Article L. 114-12** [pour info] [modifié par l'article 139 I]

*(Créé par Loi n°2005-1579 du 19 décembre 2005 art. 92 I - JORF 20 décembre 2005)*

Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et les organismes mentionnés à l'article L. 351-21 du code du travail se communiquent les renseignements qu'ils détiennent sur leurs ressortissants lorsque ces renseignements :

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

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

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

**Ces échanges de renseignements peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité et la fiabilité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les données échangées sont celles nécessaires aux fins énoncées aux 1°, 2° et 3° du présent article.**

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

#### **- Article 114-12-1 [créé par l'article 138 I]**

**Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, ainsi qu'aux organismes mentionnés à l'article L. 351-21 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.**

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

**Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini au premier alinéa.**

**Ont également accès aux données de ce répertoire :**

**1° Les organismes de la branche recouvrement du régime général dans le cadre de l'exercice de leurs missions ;**

**2° Les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale.**

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

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

**Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'État, après avis conforme de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant dernier alinéa.**

## II - Code du travail

Livre III : Placement et emploi  
Titre V : Travailleurs privés d'emploi  
Chapitre I<sup>er</sup> : Garanties de ressources des travailleurs privés d'emploi  
Section 5 : Institutions gestionnaires

### **- Article L. 351-21 [pour info]**

*(Loi n° 73-4 du 2 janvier 1973 Journal Officiel du 3 janvier 1973)*  
*(Loi n° 79-32 du 16 janvier 1979 Journal Officiel du 17 janvier 1979)*  
*(Loi n° 79-32 du 16 janvier 1979 Journal Officiel du 17 janvier 1979)*  
*(Ordonnance n° 84-106 du 16 février 1984 art. 14 Journal Officiel du 17 février 1984 date d'entrée en vigueur 1er avril 1984)*  
*(Ordonnance n° 84-198 du 21 mars 1984 art. 1 Journal Officiel du 22 mars 1984 date d'entrée en vigueur 1er avril 1984)*  
*(Loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 art. 28 Journal Officiel du 30 juillet 1992)*  
*(Loi n° 92-1446 du 31 décembre 1992 art. 14 V Journal Officiel du 1er janvier 1993)*  
*(Ordonnance n° 2003-1059 du 6 novembre 2003 art. 2 Journal Officiel du 8 novembre 2003 en vigueur le 1er janvier 2004)*

Les parties signataires de l'accord prévu à l'article L. 351-8 confient le service de l'allocation d'assurance et le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 351-3 à un ou des organismes de droit privé de leur choix.

L'Etat peut également, par convention, confier à ces organismes ou à toute autre personne morale de droit privé, la gestion des allocations de solidarité mentionnées aux articles L. 351-9 et L. 351-10 ainsi que, en l'absence de l'accord agréé prévu par l'article L. 351-8, les missions définies à l'alinéa précédent.

Les agents des services des impôts ainsi que ceux des organismes de sécurité sociale peuvent communiquer à ces organismes les renseignements nécessaires à l'assiette des cotisations et au calcul des prestations.

Les informations détenues par les organismes de sécurité sociale peuvent être rapprochées de celles détenues par les organismes mentionnés au présent article pour la vérification du versement des contributions mentionnées à l'article L. 351-3 et la vérification des droits des salariés au revenu de remplacement prévu à l'article L. 351-2.

Pour procéder aux vérifications mentionnées à l'alinéa précédent, les informations détenues par la caisse de congés des professions de la production cinématographique et audiovisuelle et des spectacles ainsi que par les institutions des régimes complémentaires de retraite de ces professions peuvent être rapprochées de celles détenues par les institutions gestionnaires du régime d'assurance. Pour procéder à la vérification du versement des contributions et des droits des salariés, la caisse de congé des professions de la production cinématographique et audiovisuelle et des spectacles et les institutions des régimes complémentaires de retraite de ces professions peuvent rapprocher les informations qu'elles détiennent de celles détenues par les institutions gestionnaires du régime d'assurance.

Les conditions d'application du présent article seront précisées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

## III - Livre des procédures fiscales

Première partie : Partie législative  
Titre II : Le contrôle de l'impôt  
Chapitre III : Le secret professionnel en matière fiscale  
Section II : Drogations à la règle du secret professionnel  
VI : Drogations au profit des autorités et des organismes chargés de l'application de la législation sociale

### **- Article L. 161 [abrogé par l'article 138 II]**

*(Créé par Décret n°81-859 du 15 septembre 1981 - JORF 18 septembre 1981, en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 1982)*

~~Lorsqu'ils doivent connaître les ressources ou un élément quelconque de la situation fiscale ou immobilière de leurs prestataires ou de leurs assujettis, les organismes ou services qui ont besoin de ces informations pour établir des cotisations, accorder ou maintenir des prestations ou avantages quelconques prévus par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur font souscrire une déclaration par les~~

~~intéressés. La liste de ces organismes ou services est fixée par décret pris sur le rapport du ministre chargé des finances et des ministres sous l'autorité ou la tutelle desquels ils se trouvent placés.~~

~~L'administration des impôts assure le contrôle de cette déclaration par rapprochement avec les renseignements de toute nature qu'elle détient et se trouve alors déliée de l'obligation du secret professionnel à l'égard des services ou organismes dont il s'agit.~~