

ANL

Article ~~9 bis (nouveau)~~ 1-3

11

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validées les actions de recouvrement de la contribution visée à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale, réalisées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale conformément au 3° de l'article L. 225-1-1 du même code à compter du 1^{er} janvier 1995 et jusqu'à la date d'entrée en vigueur de la présente disposition, en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'inclusion dans l'assiette de la contribution des frais de prospection et d'information engagés par les réseaux de visiteurs médicaux ou toute autre catégorie de personnes lors de la visite de non-praticiens au sein des établissements de santé, des établissements de cure ou de prévention et des dispensaires. Sont également validées, sous les mêmes réserves, les actions, procédures et décisions de contrôle effectuées pour la même contribution en application de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 1995 et jusqu'à la date d'entrée en vigueur de la présente disposition, en tant que leur légalité serait contestée pour les motifs exposés ci-dessus.

CHP

Article ~~101~~ 1-4

~~(Texte du Sénat)~~

I. - Après la section 1 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale, il est rétabli une section 2 ainsi rédigée :

« Section 2

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

Gras

Citad

« Art. L. 245-5-1. - Il est institué au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises assurant la fabrication, l'importation ou la distribution en France de dispositifs médicaux à usage individuel, de tissus et cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, de produits de santé autres que les médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 ou de prestations de services et d'adaptation associées inscrits au titre I^{er} de la liste prévue à l'article L. 165-1.

« Art. L. 245-5-2. - La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du dernier exercice clos au titre :

« 1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes, qu'elles soient ou non salariées des entreprises redevables de la contribution, qui interviennent en France aux fins de présenter, promouvoir ou vendre les produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre I^{er} du livre I^{er} de la

quatrième partie du code de la santé publique, auprès des masseurs-kinésithérapeutes ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à la promotion, la présentation ou la vente des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

« 2° Des remboursements de frais de transports, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;

« 3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'un des dispositifs, tissus, cellules, produits ou prestations y est mentionné.

« Il est procédé sur l'assiette définie aux alinéas précédents à un abattement forfaitaire de 100 000 €.

« Le taux de la contribution est fixé à 5 %.

« *Art. L. 245-5-3.* - Sont exonérées de cette contribution, sous réserve des dispositions prévues aux trois derniers alinéas, les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice clos en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer, au titre des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1, est inférieur à 7,5 millions d'euros.

« Parmi les entreprises définies à l'alinéa précédent, ne bénéficient cependant pas de cette exonération ;

« 1° Celles qui sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires hors taxes consolidé, défini dans les conditions prévues au premier alinéa, dépasse 7,5 millions d'euros ;

« 2° Celles qui possèdent au moins 50 % du capital d'une ou plusieurs entreprises dont le chiffre d'affaires défini dans les conditions prévues au premier alinéa, consolidé avec leur propre chiffre d'affaires visé au premier alinéa, dépasse 7,5 millions d'euros.

« *Art. L. 245-5-4.* - La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

« *Art. L. 245-5-5.* - La contribution est versée au plus tard le 1^{er} décembre de chaque année.

« La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et aux articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités,

les taxations provisionnelles ou forfaitaires sont précisées par décret en Conseil d'État.

« Art. L. 245-5-6. - Les modalités d'application de la présente section sont définies par décret en Conseil d'État. »

II. - A l'article L. 138-20 du même code, les mots : « et L. 245-1 » sont remplacés par les mots : « , L. 245-1 et L. 245-5-1 ».

III. - Les dispositions du présent article sont applicables pour la première fois à l'assiette déterminée au titre de l'année 2003.

CHP

Article ~~14~~ 15

(Texte du Sénat)

I ~~HA~~ - L'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 € augmenté de la marge maximum que les entreprises visées à l'alinéa précédent sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38. »

II. - L'article L. 138-2 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 138-2. - La contribution due par chaque entreprise est assise sur le montant du chiffre d'affaires hors taxes défini à l'article L. 138-1.

« L'assiette de la contribution est composée de deux parts. Une première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile ; une seconde part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et celui réalisé l'année civile précédente.

« Le montant de la contribution est calculé en appliquant un taux de 1,9 % à la première part et un taux de 2,25 % à la seconde part. Si cette dernière est négative, le produit de la seconde part par le taux de 2,25 % s'impute sur le produit de la première part par le taux de 1,9 %. Néanmoins, le montant de la contribution ne peut excéder 2,7 % ni être inférieur à 1,4 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année civile.

« Lorsqu'une entreprise est soumise pour la première fois à la contribution, elle n'est redevable la première année que de la première part. En

ce qui concerne le calcul de la seconde part pour la deuxième année d'acquittement de la contribution, et dans le cas où l'entreprise n'a pas eu d'activité commerciale tout au long de la première année civile, le chiffre d'affaires pris en compte au titre de la première année est calculé au prorata de la durée écoulée afin de couvrir une année civile dans son intégralité.

« Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État. »

II. - L'article L. 138-4 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L 138-4. - La contribution est versée de manière provisionnelle le 1^{er} septembre de chaque année, pour un montant correspondant à 80 % de la contribution due au titre de l'année civile précédente. Une régularisation annuelle intervient au 31 mars de l'année suivante, sur la base du chiffre d'affaires réalisé pendant l'année civile et déclaré le 15 février de l'année suivante. »

IV ~~III~~. - Les dispositions des I à III ~~I A à III~~ sont applicables au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1^{er} janvier 2004.

V ~~IV~~. - A. - Les articles L. 138-5 et L. 138-6 et les deux premiers alinéas de l'article L. 138-15 du code de la sécurité sociale sont ~~abrogés~~ ^{supprimés} ~~abrogés~~.

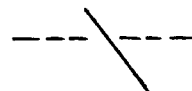
B. - Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 137-7 du même code sont ainsi rédigés :

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

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

C. - L'article L. 138-7 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 138-7. - La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3^o de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la



contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'État. »

D. - L'article L. 138-17 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 138-17. - La contribution est recouvrée et contrôlée en application des dispositions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23. Les modalités particulières de recouvrement de la contribution, notamment les majorations, les pénalités, les taxations provisionnelles ou forfaitaires, sont précisées par décret en Conseil d'État. »

E. - Les dispositions du présent ~~IV~~^V entrent en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2004.

ANA

Article ~~12~~ 16

Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2004 en application du premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 3 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.

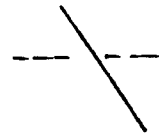
ANA

Article ~~13~~ 17

Pour 2004, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(En milliards d'euros.)

Cotisations effectives.....	187,3
Cotisations fictives	31,4
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	19,5
Autres contributions publiques	12
Impôts et taxes affectés.....	80,7
Transferts reçus	0,1
Revenus des capitaux.....	1
Autres ressources.....	4,1
Total des recettes.....	<u>336,1</u>



ANA

16

Article ~~14~~ 18

Pour 2003, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(En milliards d'euros.)

Cotisations effectives.....	182,5
Cotisations fictives	29,9
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	2,5
Autres contributions publiques	11,7
Impôts et taxes affectés.....	90,9
Transferts reçus	0,2
Revenus des capitaux	1
Autres ressources.....	4,3
Total des recettes.....	<u>323</u>

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE

~~Article 15 A~~

~~..... Supprimé par la commission mixte paritaire.....~~

CHP

Article ~~15~~ 19

~~(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)~~

I. - L'article L. 5121-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-10. - Pour une spécialité générique définie au 5° de l'article L. 5121-1, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Le demandeur de cette autorisation informe le titulaire de ces droits concomitamment au dépôt de la demande.

« Lorsque l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a délivré une autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique, elle en informe le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence.

/

« Le directeur général de l'agence procède à l'inscription de la spécialité générique dans le répertoire des groupes génériques au terme d'un délai de soixante jours, après avoir informé de la délivrance de l'autorisation de mise sur le marché de celle-ci le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de la spécialité de référence. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration des droits de propriété intellectuelle, sauf accord du titulaire de ces droits. »

17

« Aux seules fins d'en garantir la publicité, le directeur général de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé tient disponible au public la liste des titres de propriété intellectuelle attachés à une spécialité de référence si le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché de cette spécialité la lui a communiquée à cet effet. Le laboratoire est seul responsable de l'exactitude des informations fournies. Les conditions de rémunération du service rendu par l'agence sont fixées par une décision de son conseil d'administration. »

II. - Le 1° de l'article L. 5121-20 du même code est ainsi rédigé :

« 1° Les critères scientifiques justifiant le cas échéant l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1, les modalités de création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence, ces groupes étant définis au 5° de l'article L. 5121-1, et la procédure d'inscription au répertoire des groupes génériques mentionnés à l'article L. 5121-10 ; ».

ANA

Article ~~161~~ 20

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les actes pris en application des articles L. 162-17 et L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale avant le 1^{er} juillet 2003, en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'irrégularité des avis rendus par la Commission de la transparence.

Article ~~171~~ 21

~~(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)~~

I. - Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-5. - Le prix de cession au public des spécialités disposant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, majoré le cas échéant du montant de la taxe sur la valeur ajoutée, est égal au prix de vente aux établissements de santé déclaré par l'entreprise au Comité économique des produits de santé et publié par ce dernier, auquel s'ajoute une marge dont la

valeur est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'économie prenant en compte les frais inhérents à la gestion et à la dispensation de ces spécialités.

« A défaut de déclaration ou en cas d'opposition définitive du comité, le prix de cession au public est fixé par arrêté des ministres compétents après avis du comité et au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours après l'inscription de la spécialité sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, ou lorsque la spécialité figurait sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché, dans un délai de soixante-quinze jours après l'obtention de cette autorisation. La fixation du prix de cession tient compte principalement des prix de vente pratiqués pour cette spécialité, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles ou réelles d'utilisation du médicament et de l'amélioration du service médical apportée par le médicament appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du même code, ainsi que des frais inhérents à la gestion et à la délivrance de la spécialité pharmaceutique.

« Tant que le prix de vente déclaré ou le prix de cession au public n'est pas publié, les spécialités pharmaceutiques qui figuraient sur cette liste préalablement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché sont prises en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'elles sont délivrées par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé sur la base de leur prix d'achat majoré de la marge mentionnée au premier alinéa et, le cas échéant, du montant de la taxe sur la valeur ajoutée.

« Un accord conclu à cet effet entre le comité et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des entreprises concernées ou, à défaut, un décret en Conseil d'État, précise les conditions dans lesquelles sont effectuées les déclarations des laboratoires exploitants, les critères de l'opposition du comité, les conditions dans lesquelles les prix de vente déclarés peuvent être révisés et les engagements que doit prendre l'entreprise.

« Sont constatées et poursuivies dans les conditions fixées par le titre V du livre IV du code de commerce les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus. »

II. - Au 1^o de l'article L. 162-17-4 du même code, après les mots : « Le prix », sont insérés les mots : « ou le prix de vente déclaré mentionné à l'article L. 162-16-5 » et, après les mots : « de ces médicaments », sont insérés les mots : « , 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 ».

~~III. Supprimé.~~

SH

(15)
[al.]

~~III~~ ~~IV~~ - La dernière phrase de l'article L. 5126-4 du code de la santé publique est ainsi rédigée : [« Les conditions d'utilisation, le prix de cession des médicaments, le cas échéant, dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale et le prix de cession des dispositifs médicaux stériles sont arrêtés conjointement par les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale. »

(AM)

Article ~~181~~ 22

I. - Dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré une sous-section 1 comprenant les articles L. 162-20 à L. 162-21-1 et intitulée « Dispositions générales ».

II. - A l'article L. 162-21 du même code, les mots : « établissements de soins » sont remplacés par les mots : « établissements de santé ».

III. - L'article L. 162-21-1 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-21-1. - L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b*, *c* et *d* de l'article L. 162-22-6 et à l'article L. 174-1. »

(G12)

Article ~~191~~ 23

~~(Pour coordination)~~

~~(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)~~

I. - Dans la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré une sous-section 2 comprenant les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 et intitulée « Frais d'hospitalisation afférents aux activités de soins de suite ou de réadaptation et aux activités de psychiatrie de certains établissements de santé privés ».

II. - L'article L. 162-22-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « Pour les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « Pour les activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation respectivement mentionnées aux *a* et *b* du 1° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique exercées par les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 » ;

2° Le 3° est complété par les mots : « ainsi que des tarifs des prestations correspondant à des activités nouvellement autorisées ou reconnues au sein d'un établissement » ;

3° Le 5° est ainsi rédigé :

« 5° Les modalités de facturation des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie. » ;

4° Les 6° et 7° sont abrogés.

20

III. - L'article L. 162-22-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi rédigé :

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

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

2° Au II, après les mots : « au titre des soins dispensés l'année précédente », sont insérés les mots : « , des prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours ».

IV. - L'article L. 162-22-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-3. - I. - Chaque année, l'État détermine :

« 1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2. Ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;

« 2° Les variations maximales et minimales des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être allouées aux établissements par les agences régionales ;

« 3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1.

« II. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'État, aux agences régionales de l'hospitalisation ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-2 et sa répartition par région, par établissement et par nature d'activité.

« Lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées pour le premier trimestre n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours,

/

21

l'État peut modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de manière à garantir son respect dans les conditions prévues au I du présent article.

« III. - Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie. »

V. - L'article L. 162-22-4 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-4. — Chaque année, l'État détermine, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-3, les règles générales de modulation des tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 des établissements de la région, en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 à L. 6113-9 du code de la santé publique. L'État détermine, en outre, compte tenu des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et des orientations du conseil régional de santé, les critères susceptibles d'être pris en compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3. »

VI. - L'article L. 162-22-5 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-5. - I. - Les tarifs des prestations afférents aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens.

« Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1^{er} mars de l'année en cours.

« II. - L'État fixe les tarifs de responsabilité applicables aux activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6. »

HJ VII (nouveau). - A la fin du premier alinéa de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique, les mots : « du présent code et du 7° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

