

Article H

H 27

AN 1

I. - Pour 2002, le montant maximal des dépenses du fonds mentionné à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est fixé à 106,72 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 76,23 millions d'euros au titre de l'exercice 2002.

ANUL

II. - L'article 25 de la même loi est ainsi modifié :

H 2°

1° Dans la deuxième phrase du I, après les mots : « Les professionnels de santé exerçant en ville », sont insérés les mots : « et les centres de santé » ;

H 2°

Le II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« 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. » ;

H 3°

Dans le IV, après les mots : « exerçant en ville », sont insérés les mots : « et des centres de santé » ;

H 4°

Le II est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

H 5°

Au I, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « huit ans » ;

H 6°

Il est complété par un V ainsi rédigé :

« 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 2002. »

H 2005

ANN

Article ~~15 bis (nouveau)~~

H 28

L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 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. »

Article ~~15~~ let

H 29

I.- Après le premier alinéa de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

ANNL

« Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont :

« - la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;

« - la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;

« - le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie.

« Il est précisé lors de l'admission au remboursement des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.

« Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décret. »

ANL

II. - Dans la première phrase du deuxième alinéa du ~~même article~~, les mots : « des dispositions particulières qui subordonnent le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable de l'organisme de prise en charge » sont remplacés par les mots : « des dispositions des deuxième à ~~quatrième~~ alinéas ».

H ~~cinquième~~

AN 1  
H 3

III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à la date de publication du décret prévu à l'article L. 315-2 du ~~même code~~ *code de la sécurité sociale*

Article ~~14~~

H 30

AN 1

I. - La section 2 du chapitre IV du titre VII du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Section 2

« Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour

« Art. L. 174-5. - Dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du président du conseil général.

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

ANA

« Art. L. 174-6. – Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique sont versées à l'établissement ou au service, 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'unité ou le centre de soins de longue durée. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

« Les sommes versées aux unités et centres de soins de longue durée pour le compte des différents régimes sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe cette répartition.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article. »

ANA

II. – L'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Un forfait global de soins fixé par l'autorité compétente de l'Etat, égal à la somme des forfaits de soins attribués en 2001, revalorisé chaque année dans la limite d'un taux d'évolution arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et du budget en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, et destiné à financer l'augmentation des dépenses résultant exclusivement de la mise en place de mesures générales portant sur les salaires, les statuts ou le temps de travail des personnels pris en charge par l'assurance maladie ; ces taux peuvent être modulés, le cas échéant, selon les catégories d'établissements ; »

2° Au 3°, après les mots : « des tarifs journaliers afférents à l'hébergement », sont insérés les mots : « fixés par le président du conseil général, dans les établissements habilités à l'aide sociale, ».

ANAL

III.-L'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa du I, après la référence « L. 132-2 », les mots « ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4 » sont supprimés;

2° Après le troisième alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« De même, ne sont pas prises en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire. »

Article ~~17~~

H31

S1

L'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires est ainsi modifiée :

1° L'article 1<sup>er</sup> est ainsi rédigé :

« Art. 1<sup>er</sup>. - Le temps de travail des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est réduit dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret, élaboré après concertation avec les organisations syndicales représentatives, fixe également les règles relatives à l'organisation du travail des mêmes agents en tenant compte de la spécificité des missions exercées par ces établissements et selon des modalités analogues à celles applicables aux agents des autres fonctions publiques. » ;

2° Les articles 2 à 7 sont abrogés à compter de l'entrée en vigueur des décrets d'application de l'article 1<sup>er</sup>.

Article ~~18~~

H32

ANAL

Au cinquième alinéa du 2° de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, le taux : « 0,8 % » est remplacé par le taux : « ~~1,2%~~ ».

→ 1,8 %

S1

Article ~~18 bis~~ A (nouveau)

H 33

Dans un délai de trois mois après la publication de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport exposant les conditions dans lesquelles les techniciens des laboratoires hospitaliers pourraient être classés en catégorie B active de la fonction publique hospitalière.

Article ~~18 bis~~

H 34

I. - Après l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2132-2-1 ainsi rédigé :

le prestataire  
compte des  
soulignements  
ANL

« Art. L. 2132-2-1. - Dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. La nature et les modalités de cet examen sont définies par arrêté interministériel. Cet examen ne donne pas lieu à contribution financière de la part des familles. Cette obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1

de la réalisation des examens dispensés.

« Les professionnels et organismes qui ~~wouhaient participer~~ à la réalisation des examens de prévention susmentionnés s'engagent contractuellement auprès des organismes d'assurance maladie, sur la base d'une convention type fixée par arrêté interministériel pris après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, à respecter les conditions de mise en œuvre de ces examens. Celles-ci concernent notamment l'information des personnes concernées, la qualité des examens, le suivi des personnes et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation du programme de prévention dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

H participent

ANA

II. - Dans le deuxième alinéa de l'article L. 2132-1 du même code, les mots : « à l'article L. 2132-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 2132-2 et L. 2132-2-1 ».

ANA

III. - 1. Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 2132-2-1 du même code et les dispositions du II du présent article sont applicables à Mayotte.

2. Le 3° de l'article L. 2411-1 du même code est ainsi rédigé :

« 3° Les titres III, à l'exception du deuxième alinéa de l'article L. 2132-2-1, IV et V. »

ANA

IV. - L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

ANA

V. - Dans le premier alinéa de l'article L. 615-14 du même code, les mots : « et 8° » sont remplacés par les mots : « , 8° et 9° ».

ANA

VI. - L'article L. 322-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1. »

S1

VII. - Après l'article L. 162-1-10 du même code, il est inséré un article L. 162-1-12 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-12. - Les personnes bénéficiant de l'examen mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique et des soins consécutifs à cet examen, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, réalisés dans un délai de six mois, sont dispensées de l'avance des frais pour la part des dépenses prise en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie et maternité.

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

AN1

Article 18 ~~ter (nouveau)~~

H 35

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-31-1. – Dans le respect des dispositifs départementaux de l'aide médicale d'urgence, des services de garde et des transports sanitaires dont les modalités sont définies par voie réglementaire, l'association de professionnels de santé libéraux à des actions permettant d'améliorer la permanence des soins peut faire l'objet de financement dans le cadre d'actions expérimentales jusqu'au 31 décembre 2004. Les établissements de santé peuvent participer à ces actions expérimentales.

« Dans le cadre de ces expérimentations, il peut être fait application des dérogations mentionnées à l'article L. 162-45 et, le cas échéant, des dispositions prévues à la section 10 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup>.

« Les modalités de mise en œuvre du présent article et, en particulier, d'évaluation de ces actions sont précisées par un décret en Conseil d'Etat. »

AN1

Article 18 ~~quater (nouveau)~~

H 36

I. – Le chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par une section 10 ainsi rédigée :

« Section 10

« Réseaux

« Art. L. 162-43. – Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4<sup>o</sup> du I de l'article L.O. 111-3, une dotation nationale de développement des réseaux. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé détermine le montant de cette dotation, ainsi que, pour chaque région, le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux.

« Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s'imputent respectivement sur le montant total annuel des dépenses hospitalières mentionné à l'article L. 174-1-1, sur l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2, sur l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles et sur l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du présent code.



AM1

« Art. L. 162-44. – Dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie décident conjointement, dans la limite de la dotation régionale de développement des réseaux prévue à l'article L. 162-43, des financements mentionnés à l'article L. 162-45, supportés par les régimes d'assurance maladie et qui sont accordés aux actions réalisées dans le cadre des réseaux de santé.

« Art. L. 162-45. – Pour organiser la coordination et la continuité des soins, la décision mentionnée à l'article L. 162-44 peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.

« En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

« 1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;

AM1

« 2° Articles L. 321-1 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« 3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« 4° Article L. 322-3 relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

« Art. L. 162-46. – Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités d'application de la présente section et fixe les modalités de l'évaluation des procédures de financement mises en œuvre au titre des dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements. »

II. – 1. Dans la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 174-1-1 du même code, après les mots : « est constitué », sont insérés les mots : « , après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, ».

ANA

2. Dans le deuxième alinéa du I de l'article L. 162-22-2 du même code, après les mots : « Ce montant prend en compte », sont insérés les mots : « , outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, ».

3. Dans le quatrième alinéa de l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « est constitué », sont insérés les mots : « , après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, ».

*du code de la sécurité sociale*

4. Dans le deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « en son sein, », sont insérés les mots : « la part mentionnée à l'article L. 162-43 et ».

5. Dans le 1° du I de l'article L. 325-2 du même code, les mots : « prévues à l'article L. 162-31-1 du présent code » sont supprimés.

III. – Les agréments pris sous l'empire de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets, pour la durée fixée par l'agrément, en tant qu'ils concernent les dérogations prévues au II de cet article.

ANA

Article ~~18~~ *quinquies (nouveau)*

H 37

I. – Après l'article L. 380-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 380-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 380-5. – Les ayants droit mineurs des personnes ne remplissant pas la condition de résidence stable et régulière prévue à l'article L. 380-1 sont affiliés au régime général au titre du présent chapitre. »

II. – Dans le premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code », sont insérés les mots : « autres que celles visées à l'article L. 380-5 de ce code ».

Article ~~18~~ *sexies*

H 38

SI

I. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes dont le droit aux prestations définies aux cinq premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. »

II. – Après l'article 6-2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est inséré un article 6-3 ainsi rédigé :

« Art. 6-3. – Lorsque les personnes mentionnées au huitième alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale acquièrent une protection complémentaire souscrite à titre individuel en matière de frais de soins de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. Elles bénéficient en outre de la procédure de dispense d'avance de frais, pour une durée d'un an à compter de l'expiration de leur droit aux prestations définies aux cinq premiers alinéas de l'article L. 861-3 précité, dans les conditions prévues par décret, pour la part de ces mêmes dépenses prise en charge par les organismes visés au b de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale. »

ANX

Article ~~8 septies (nouveau)~~

# 39

I. – L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié :

1° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds peut contribuer au financement des aides aux professionnels de santé mentionnés à l'alinéa précédent, 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. Un décret détermine les conditions dans lesquelles ces zones sont définies par le représentant de l'Etat dans la région après l'avis du conseil régional de santé. » ;

2° Dans le IV, après les mots : « financement par le fonds », sont insérés les mots : « et les obligations auxquelles sont soumis le cas échéant les professionnels de santé bénéficiant de ce financement ».

AN 1

II. - Le II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins est ainsi modifié :

1° Dans le 1°, les mots : « D'une part, » sont supprimés ;

2° Dans le 2°, les mots : « D'autre part, » sont supprimés ;

3° Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 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. Un décret détermine les conditions dans lesquelles ces zones sont définies par le représentant de l'Etat dans la région après l'avis du conseil régional de santé. » ;

4° Dans le dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » et le même alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret précise les obligations auxquelles sont soumis les médecins bénéficiant des aides mentionnées au 3°. »

Article ~~18 octies~~

440

ANL

I. - A. - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, après les mots : « assurance maladie », sont insérés les mots : « , lorsqu'ils sont dispensés en officine, ».

B. - Après le premier alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 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  ~~dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat~~ lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments ».

Le

H S

S1

II. - A. - Dans la partie législative du code de la sécurité sociale et dans le code de la santé publique, les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 162-17 » ou les mots : « la liste prévue à l'article L. 162-17 » sont remplacés par les mots : « la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ».

B. - Dans l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 » sont remplacés par les mots : « en application des premier et dernier alinéas de l'article L. 162-17 ».

*même /* C. - A la fin du deuxième alinéa de l'article L. 245-2 du ~~code de la sécurité sociale~~, les mots : « aux articles L. 162-17 du présent code et ~~L. 618~~ du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ».

H L. 5123-2

H 3

ANNL

Article ~~H 2~~ articles (nouveau)

H 41

Préalablement à la publication de la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, les médicaments vendus au public à la date de la publication de la présente loi et ceux qui viendraient à être vendus sur décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé sont pris en charge par l'assurance maladie.

ANNL

Article ~~H 2~~ articles (nouveau)

H 42

Le fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés participe de façon exceptionnelle en 2001, à hauteur de 1,3 milliard de francs, au financement du fonds de concours créé en vue de l'achat, du stockage et de la livraison par l'Etat de traitements pour les pathologies résultant d'actes ~~bioterroristes~~.

H terroristes