

TEXTE ADOPTE n° **344**

« *Petite loi* »

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIEME LEGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 1998-1999

16 juin 1999

PROJET DE LOI

ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE EN NOUVELLE LECTURE,

portant création d'une couverture maladie universelle.

L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1re lecture : **1419, 1518** et T.A. **288.**

1677. Commission mixte paritaire : **1680.**

Nouvelle lecture : **1677** et **1684.**

Sénat : 1re lecture : **338, 376, 382** et T.A. **148** (1998-1999).

Commission mixte paritaire : **407** (1998-1999).

Assurance maladie-maternité : généralités.

TITRE PRELIMINAIRE

DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

Article 1er

Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins

par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.

TITRE Ier

DISPOSITIONS RELATIVES AUX REGIMES OBLIGATOIRES

CHAPITRE Ier

Dispositions générales

Article 3

I. – *Non modifié.*

II. – Les articles L. 380-1 et L. 380-2 du même code sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 380-1.* – Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

« Un décret en Conseil d'Etat précise la condition de résidence mentionnée au présent article.

« *Art. L. 380-2.* – *Non modifié.* »

III. – *Supprimé.*

Article 4

Il est inséré, après l'article L. 161-2 du même code, un article L. 161-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-2-1.* – Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l'article L. 380-1, au régime général sur

justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse saisit ensuite, s'il y a lieu, l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève.

« Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé.

« Les personnes qui, au moment de la demande, sont sans domicile fixe doivent élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par décision de l'autorité administrative, soit auprès d'un centre communal d'aide sociale.

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

Article 6

I, II et III. – *Non modifiés.*

IV. – *Supprimé.*

Article 7

Conforme.

Article 8 bis

Supprimé.

CHAPITRE II

Dispositions financières

Section 1

Transferts financiers

Article 9

I. – *Non modifié.*

II. – Au 2° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 60 % » est remplacé par le taux : « 55 % ».

Article 10

I. – *Non modifié.*

II. – Le II de l'article L. 245-16 du même code est ainsi rédigé :

« II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est versé, pour la moitié de son montant à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, pour 28 % de son montant à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et pour 22 % de son montant à la Caisse nationale des allocations familiales. »

Article 11

Le dernier alinéa de l'article L. 241-2 du même code est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :

« 1° Une fraction du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2000 ;

« 2° Une fraction fixée à 5 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la collectivité territoriale de Corse et du prélèvement perçu au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 *bis* du code général des impôts ;

« 3° Une fraction des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15. »

Article 12

Conforme.

Article 13

I à III. – *Non modifié.*

IV. – Il est inséré, après l'article L. 2334-7-1 du code général des collectivités territoriales, un article L. 2334-7-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2334-7-2.* – I. – La dotation forfaitaire visée à l'article L. 2334-7 est diminuée, en 2000, d'un montant égal à la participation de la commune aux dépenses d'aide sociale des départements au titre de 1999 et revalorisé comme la dotation globale de fonctionnement mise en répartition en 2000.

« Un abattement est appliqué à la diminution de la dotation forfaitaire telle que définie à l'alinéa précédent pour les communes éligibles à la dotation de solidarité urbaine en 1999 dont l'écart entre la contribution par habitant au titre de 1999 et la moyenne par habitant des contributions communales de l'ensemble des départements, à l'exception de Paris, est supérieur à 30 %.

« L'abattement prévu au deuxième alinéa est calculé à partir :

« 1° De l'écart, sous réserve qu'il soit positif, entre la contribution de la commune par habitant au titre de 1999 et la moyenne par habitant des contributions communales du département ;

« 2° De l'écart entre la contribution de la commune par habitant au titre de 1999 et la moyenne par habitant des contributions communales de l'ensemble des départements, à l'exception de Paris.

« Cet abattement est égal à la somme des produits de 10 % des écarts définis aux 1° et 2° par la population de la commune en 1999.

« II. – Pour le calcul, en 2000, de la diminution de la dotation forfaitaire prévue au premier alinéa du I, la participation des communes aux dépenses d'aide sociale des départements au titre de 1999 est fixée, avant le 30 octobre 1999, par arrêté du préfet pris après avis du président du conseil général.

« Un ajustement de la diminution de la dotation forfaitaire est opéré en 2001 sur la base d'un arrêté du préfet pris après avis du président du conseil général fixant, avant le 30 octobre 2000, le montant définitif de la participation des communes aux dépenses d'aide sociale des départements au titre de 1999. La différence entre le montant définitif de la participation et son montant initial arrêté en 1999 est imputée sur la dotation forfaitaire des communes au titre de 2001.

« Pour la mise en œuvre des deux précédents alinéas, le président du conseil général transmet au préfet, avant le 30 septembre 1999, le montant de la participation appelée

pour chaque commune au titre de 1999 et, avant le 30 septembre 2000, le montant définitif de cette participation.

« III. – Dans le cas où la participation de la commune visée au premier alinéa du I est supérieure à la dotation forfaitaire, la différence est prélevée sur le produit des impôts directs locaux visés aux 1^o, 2^o, 3^o et 4^o du I de l'article 1379 du code général des impôts. Pour les communes membres d'un établissement public de coopération intercommunale soumis aux dispositions de l'article 1609 *nonies C* du code général des impôts et dont le produit des impôts défini ci-dessus est insuffisant, le complément est prélevé sur le montant de l'attribution de compensation versée par le groupement à la commune.

« A compter de 2001, le montant du prélèvement visé à l'alinéa précédent évolue comme la dotation forfaitaire.

« Il est créé, à compter de 2000, un fonds qui dispose en ressources du prélèvement défini au premier alinéa du III. Les ressources de ce fonds sont réparties en application de l'article L. 3334-7-1.

« Les sommes affectées à ce fonds ne sont pas prises en compte dans le montant de la dotation globale de fonctionnement pour l'application des I et II de l'article 57 de la loi de finances pour 1999 (n° 98-1266 du 30 décembre 1998).

« IV. – Pour l'application du I du présent article, la population de la commune à prendre en compte est celle définie à l'article R. 114-1 du code des communes. »

V. – L'article L. 2334-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« A compter de 2000, le montant de la dotation globale de fonctionnement visée au premier alinéa est égal à la différence entre le montant de la dotation prévue à l'article L. 1613-3 et le montant de la dotation prévue à l'article L. 3334-1 après application de l'article L. 3334-7-1. »

VI. – 1. L'intitulé de la sous-section 4 de la section 1 du chapitre IV du titre III du livre III de la troisième partie du même code est ainsi rédigé : « Concours particuliers ».

2. Cette même section 4 est complété par un article L. 3334-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3334-7-1.* – Il est créé, au sein de la dotation globale de fonctionnement des départements, une dotation dont le montant est égal à la diminution de la dotation forfaitaire augmentée, le cas échéant, des ressources du fonds prévu au III de l'article L. 2334-7-2.

« En 2000, cette dotation est répartie entre les départements proportionnellement aux participations communales aux dépenses d'aide sociale de chaque département fixées par l'arrêté prévu au premier alinéa du II de l'article L. 2334-7-2.

« A compter de 2001, cette dotation évolue, chaque année, comme la dotation globale de fonctionnement mise en répartition.

« En 2001, un ajustement de la dotation est opéré sur la base de l'arrêté prévu au deuxième alinéa du II de l'article L. 2334-7-2. La différence entre le montant des participations visées au deuxième alinéa du présent article et le montant définitif arrêté en 2000 est imputé sur cette dotation au titre de 2001. »

3. Au deuxième alinéa de l'article L. 3334-9 du même code, les mots : « après déduction du concours particulier prévu à l'article L. 3334-7 » sont remplacés par les mots : « après déduction des concours particuliers prévus à la sous-section 4 ».

VII (*nouveau*). – Après l'article L. 3413-1 du même code, il est inséré un article L. 3413-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 3413-2.* – Les dispositions des articles L. 2334-7-2 et L. 3334-7-1 ne sont pas applicables à Paris. Le Conseil de Paris fixe les conditions financières de la suppression de la participation de la commune aux dépenses d'aide sociale et de santé du département. »

VIII (*nouveau*). – 1. Au quatrième alinéa de l'article 93 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, les mots : « et précise les critères selon lesquels les communes sont amenées à participer aux dépenses » sont supprimés.

2. Au premier alinéa de l'article 32 de la loi n° 83-663 du 22 juillet 1983 complétant la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 relative à la répartition de compétences entre les communes, les départements, les régions et l'Etat, les mots : « et sous réserve de la participation financière des communes prévue à l'article 93 de la loi n° 83-8 du 7 janvier 1983 précitée » sont supprimés.

3. L'article 42 de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion est abrogé.

4. Le 11° de l'article L. 2321-2 du code général des collectivités territoriales est abrogé.

Article 13 bis

Supprimé.

Section 2

Recouvrement des cotisations

Article 14

I à IX. – *Non modifiés.*

X. – *Supprimé.*

CHAPITRE III

Dispositions diverses

Article 16

Conforme.

Article 19

Conforme.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE

CHAPITRE Ier

Dispositions générales

Article 20

I. – L'intitulé du livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « – Protection complémentaire en matière de santé ».

II. – Le livre VIII du même code est complété par un titre VI intitulé : « Protection complémentaire en matière de santé », et comprenant trois chapitres.

III. – Le chapitre Ier du titre VI du livre VIII du même code est ainsi rédigé :

« CHAPITRE Ier

« Dispositions générales

« Art. L. 861-1. – Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge.

« Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.

« Art. L. 861-2. – L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée.

« Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ont droit à la protection complémentaire en matière de santé.

« Les bénéficiaires des dispositions du présent titre qui sont affiliés sur critère de résidence au régime général sont exonérés de la cotisation prévue à l'article L. 380-2.

« Art. L. 861-3. – Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

« 1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;

« 2° Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

« 3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.

« L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.

« Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article.

« Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.

« Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

« *Art. L. 861-4.* – Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 obtiennent le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3, à leur choix :

« *a)* Soit auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre ;

« *b)* Soit par adhésion à une mutuelle régie par le code de la mutualité, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre.

« *Art. L. 861-5.* – La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'Etat.

« Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent.

« La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée.

« Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué, dès le dépôt de la demande, aux

personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées.

« Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.

« *Art. L. 861-5-1. – Supprimé.*

« *Art.L.861-6. –* La prise en charge prévue au *a* de l'article L. 861-4 est assurée par l'organisme qui sert au bénéficiaire les prestations en nature des assurances maladie et maternité, qui ne peut refuser cette prise en charge. Elle prend effet à la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

« *Art. L. 861-7. –* Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration dont le modèle est fixé par arrêté.

« L'autorité administrative établit et diffuse la liste des organismes participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé visés à l'article L. 861-5.

« En cas de manquement aux obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8, l'autorité administrative peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 861-8. –* Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet à la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5. Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits.

« *Art. L. 861-9. –* Pour la détermination du droit aux dispositions de l'article L. 861-3 et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations.

« *Art. L. 861-9-1 (nouveau).* – I. – En cas de réticence du bénéficiaire de la protection complémentaire en matière de santé à fournir les informations requises ou de fausse déclaration intentionnelle, la décision attribuant la protection complémentaire est

rapportée. Le rapport de la décision entraîne la nullité des adhésions et contrats prévus au *b* de l'article L. 861-4.

« II. – Quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est passible des peines prévues à l'article 441-1 du code pénal.

« III. – Toute infraction aux prescriptions des articles L. 861-3 et L. 861-8 est punie d'une amende de 100 000 F.

« IV. – Les organismes prévus à l'article L. 861-4 peuvent obtenir le remboursement des prestations qu'ils ont versées à tort. En cas de précarité de la situation du demandeur, la dette peut être remise ou réduite sur décision de l'autorité administrative compétente.

« V. – Les dispositions des premier et troisième alinéas de l'article L. 332-1 sont applicables aux bénéficiaires de la protection complémentaire en matière de santé et aux organismes mentionnés à l'article L. 861-4. »

Article 20bis

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 132-27 du code du travail, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les entreprises visées à l'alinéa précédent, lorsque les salariés ne sont pas couverts par un accord de branche ou par un accord d'entreprise définissant les modalités d'un régime de prévoyance maladie, l'employeur est tenu d'engager chaque année une négociation sur ce thème. »

II. – Dans le dernier alinéa du même article, les mots : « Dans les entreprises visées à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « Dans ces entreprises ».

Article 20 ter

L'article L. 133-5 du code du travail est complété par un 14° ainsi rédigé :

« 14° Les modalités d'accès à un régime de prévoyance maladie. »

Article 20 quater

Supprimé.

Article 21

I. – Après l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, sont insérés les articles 6-1 et 6-2 ainsi rédigés :

« *Art. 6-1.* – A l’expiration de son droit aux prestations définies à l’article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, toute personne ayant bénéficié de la prise en charge prévue au *b* de l’article L. 861-4 de ce code reçoit de l’organisme auprès duquel elle bénéficiait de cette prise en charge la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d’un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n’excédant pas un montant fixé par arrêté.

« *Art. 6-2.* – Lorsqu’une personne obtient le bénéfice de la protection complémentaire définie à l’article L. 861-3 du code de la sécurité sociale alors qu’elle est déjà garantie par un organisme assureur contre les risques liés à une maladie, une maternité ou un accident dans les conditions prévues aux articles 2 et 3 de la présente loi, elle obtient à sa demande :

« 1° Soit la résiliation totale de la garantie initialement souscrite si l’organisme assureur n’est pas inscrit sur la liste prévue à l’article L. 861-7 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Soit la modification de la garantie initialement souscrite en une garantie établie en application des articles L. 861-1 et L. 861-3 du code de la sécurité sociale ; si la garantie initialement souscrite s’appliquait également à des risques différents de la garantie prévue par l’article L. 861-3, l’organisme assureur doit proposer au bénéficiaire de la protection complémentaire, pour la partie de son contrat initial qui excède cette protection, un contrat correspondant à des conditions tarifaires de droit commun.

« Les cotisations ou primes afférentes aux contrats ou partie de contrat initiaux sont remboursées par les organismes qui les ont perçues au prorata de la durée du contrat restant à courir.

« Les dispositions du présent article ne s’appliquent pas aux garanties souscrites dans le cadre d’un accord collectif obligatoire d’entreprise. »

II. – *Non modifié.*

Article 22

Le premier alinéa du II de l’article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces tarifs ne peuvent donner lieu à dépassement pour les actes dispensés aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé, sauf en cas d’exigence particulière du patient. »

Article 23

Le chapitre V du titre VI du livre Ier du même code est intitulé : « Dispositifs médicaux à usage individuel », et comprend, à la sous-section 1 de la section 1, un article L. 165-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-1.* – Les organismes d’assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d’assurance, peuvent conclure des accords, à l’échelon local ou national, avec les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximum pratiqués et les modalités de dispense d’avance de frais.

« Ces accords doivent comporter des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé. A ce titre, pour les dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur la liste mentionnée au cinquième alinéa de l’article L. 861-3, ces accords prévoient soit l’obligation pour les distributeurs de proposer un dispositif à un prix n’excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l’arrêté mentionné à l’article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.

« En l’absence d’accord ou lorsque les dispositions de l’accord ne répondent pas aux conditions définies à l’alinéa précédent, un arrêté fixe les obligations mentionnées à l’alinéa précédent s’imposant aux distributeurs.

« Les dispositions du titre VI de l’ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables aux infractions prévues par cet arrêté. »

Article 24

I. – Le 2° de l’article L. 162-9 du même code est complété par les mots : « si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3° de l’article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé ; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés ; ».

II. – Après le sixième alinéa (4°) du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 5° Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l’assuré social de payer directement les honoraires. »

CHAPITRE II

Dispositions financières

Article 25

I. – Le chapitre II du titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« CHAPITRE II

« Dispositions financières

« Art. L. 861-10. – Il est créé un fonds dont la mission est de financer la couverture des dépenses de santé prévue à l'article L. 861-3.

« Ce fonds, dénommé : "Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie", est un établissement public national à caractère administratif. Un décret fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement, des représentants d'associations œuvrant dans le domaine économique et social en faveur des populations les plus démunies, des représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie et des représentants des organismes de protection sociale complémentaire. Ce décret fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

« Les organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 peuvent créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire des personnes dont les ressources sont supérieures au plafond prévu à l'article L. 861-1. Ils en déterminent les modalités d'intervention.

« Art. L. 861-11. – Les dépenses du fonds sont constituées :

« *a*) Par le versement aux organismes de sécurité sociale d'un montant égal aux dépenses résultant de l'application du *a* de l'article L. 861-4 ;

« *b*) Par le versement aux organismes mentionnés au *b* de l'article L. 861-4 des montants définis à l'article L. 861-15 ;

« *c*) Par les frais de gestion administrative du fonds.

« Art. L. 861-12. – *Non modifié.*

« Art. L. 861-13. – I. – Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du présent code ou par le livre VII du

code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont assujetties, au titre de leur activité réalisée en France, à une contribution à versements trimestriels.

« Cette contribution est assise sur le montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 1,75 %.

« III. – Les organismes mentionnés au I du présent article déduisent du montant de la contribution due en application du I et du II ci-dessus un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de 375 F par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel la contribution est due, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du *b* de l'article L. 861-4.

« *Art. L. 861-14.* – Les sommes dues au titre de la contribution visée à l'article L. 861-13 sont versées, au plus tard le dernier jour du premier mois de chaque trimestre civil au titre des cotisations et primes recouvrées au cours du trimestre civil précédent, aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent être désignés par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes.

« Ces sommes sont recouvrées et contrôlées suivant les règles, garanties et sanctions prévues aux I et V de l'article L. 136-5. Le contrôle de l'application par les organismes des dispositions du III de l'article L. 861-13 peut être délégué par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général au fonds institué à l'article L. 861-10.

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général reversent les sommes encaissées en application du premier alinéa au fonds mentionné à l'article L. 861-10.

« *Art. L. 861-15.* – Lorsque le montant de la contribution due en application du I et du II de l'article L. 861-13 est inférieur au montant de la déduction découlant de l'application du III du même article, les organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13 demandent au fonds le versement de cette différence dans le délai mentionné au premier alinéa de l'article L. 861-14. Le fonds procède à ce versement au plus tard le dernier jour du mois suivant.

« *Art. L. 861-16.* – Pour l'application des articles L. 861-10 à L. 861-15 :

« *a)* Le fonds est habilité à procéder à tout contrôle sur les dépenses mentionnées aux *a* et *b* de l'article L. 861-11 ;

« *b)* Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des

assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues ;

« *c)* Les organismes mentionnés au I de l'article L. 861-13 communiquent aux organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général les éléments nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de la déduction prévues au même article ; ils communiquent au fonds les éléments nécessaires à l'application de l'article L. 861-15 et l'état des dépenses et recettes relatives à la protection complémentaire mise en œuvre au titre du *b* de l'article L. 861-4 ;

« *d)* Les organismes de sécurité sociale communiquent au fonds le nombre de personnes prises en charge et le montant des prestations servies au titre du *a* de l'article L. 861-4.

« *Art. L. 861-17. – Non modifié.* »

II. – *Supprimé.*

CHAPITRE III

Dispositions transitoires

CHAPITRE IV

Dispositions diverses

TITRE III

REFORME DE L'AIDE MEDICALE

Article 30

Le titre III *bis* du code de la famille et de l'aide sociale est ainsi rédigé :

« *TITRE III BIS*

« *AIDE MÉDICALE DE L'ÉTAT*

« *Art. 187-1.* – Tout étranger résidant en France sans remplir les conditions fixées par l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa charge au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat.

« En outre, toute personne qui, ne résidant pas en France, est présente sur le territoire français, et dont l'état de santé le justifie, peut, par décision individuelle prise par le ministre chargé de l'action sociale, bénéficier de l'aide médicale de l'Etat dans les conditions prévues par l'article 187-3. Dans ce cas, la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article 187-2 peut être partielle.

« *Art. 187-2 et 187-3.* – *Non modifiés.*

« *Art. 187-4.* – Les personnes mentionnées au premier alinéa de l'article 187-1, qui ont droit à l'aide médicale de l'Etat et se trouvent sans domicile fixe, doivent, pour bénéficier de cette aide, élire domicile auprès d'un organisme agréé à cet effet par le représentant de l'Etat dans le département soit auprès d'un centre communal d'action sociale.

« *Art. 188 à 190.* – *Non modifiés.* »

TITRE III *BIS*

CONTROLE ET EVALUATION DE LA LOI

Article 31 *bis*

Le Gouvernement présentera au Parlement, tous les deux ans à partir de la promulgation de la présente loi, un rapport d'évaluation de l'application de la loi, en s'appuyant, en particulier, sur les travaux de l'Observatoire national de la pauvreté et de

l'exclusion sociale et du Conseil national des politiques de lutte contre la pauvreté et l'exclusion sociale.

TITRE IV

MODERNISATION SANITAIRE ET SOCIALE

Article 32 A

Supprimé.

Article 33

I A. – Après la première phrase du I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Cette carte constitue un élément et un instrument de la politique de santé. Elle doit permettre d'exprimer de manière précise l'accord du titulaire ou de son représentant légal pour faire apparaître les éléments nécessaires non seulement à la coordination des soins mais aussi à un suivi sanitaire. »

I. – *Non modifié.*

I bis. – *Supprimé.*

II. – L'article L. 162-1-6 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-6.* – I. – Chaque professionnel de santé habilité conformément au 2° du IV du présent article porte sur le volet de santé de la carte d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 161-31, dans le respect des règles déontologiques qui lui sont applicables, les informations nécessaires aux interventions urgentes, ainsi que les éléments permettant la continuité et la coordination des soins.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 2°*bis* Les conditions dans lesquelles l'accès aux informations figurant sur le volet de santé nécessite l'usage de la carte de professionnel de santé mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 161-33, ainsi que l'accord explicite du titulaire de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 ;

« 3° Les catégories d'informations dont l'accès peut être conditionné à l'utilisation d'un code secret établi par le titulaire ;

« 4° Les catégories d'informations dont il ne peut être délivré copie.

« IV*bis*. – La date à partir de laquelle le volet de santé doit figurer sur la carte d'assurance maladie est fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

« V. – Le fait d’obtenir ou de tenter d’obtenir la communication d’informations portées sur un volet de santé en violation des dispositions du présent article est puni d’un an d’emprisonnement et de 100 000 F d’amende.

« Le fait de modifier ou de tenter de modifier les informations portées sur un volet de santé en violation des dispositions du présent article est puni d’un an d’emprisonnement et de 100 000 F d’amende. »

III. – *Non modifié.*

Article 34 bis

Par dérogation à l’article L. 474 du code de la santé publique, peuvent accomplir des actes d’assistance auprès d’un praticien au cours d’une intervention chirurgicale les personnels aides-opérateurs et aides-instrumentistes exerçant cette activité professionnelle depuis une durée au moins égale à six ans avant la publication de la présente loi, et ayant satisfait, avant le 31 décembre 2002, à des épreuves de vérification des connaissances dans des conditions déterminées par décret en Conseil d’Etat.

L’épreuve de vérification des connaissances est destinée à autoriser exclusivement l’exercice des activités professionnelles d’aides-opérateurs et aides-instrumentistes.

Tout employeur de personnel aide-opérateur ou aide-instrumentiste est tenu de proposer à ces personnels un plan de formation intégré dans le temps de travail, aboutissant à son maintien au sein de l’établissement, dans des conditions et des délais définis par décret.

Article 36 bis

Supprimé.

Article 37

I. – Après l’article 40-10 de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés, il est inséré un chapitre V *ter* ainsi rédigé :

« CHAPITRE V TER

« **Traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des activités de soins et de prévention**

« *Art.40-11.* – Les traitements de données personnelles de santé qui ont pour fin l'évaluation des pratiques de soins et de prévention sont autorisés dans les conditions prévues au présent chapitre.

« Les dispositions du présent chapitre ne s'appliquent ni aux traitements de données personnelles effectuées à des fins de remboursement ou de contrôle par les organismes chargés de la gestion d'un régime de base d'assurance maladie, ni aux traitements effectués au sein des établissements de santé par les médecins responsables de l'information médicale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 710-6 du code de la santé publique.

« *Art.40-12.* – Les données issues des systèmes d'information visés à l'article L. 710-6 du code de la santé publique, celles issues des dossiers médicaux détenus dans le cadre de l'exercice libéral des professions de santé, ainsi que celles issues des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie, ne peuvent être communiquées à des fins statistiques d'évaluation ou d'analyse des pratiques et des activités de soins et de prévention que sous la forme de statistiques agrégées ou de données par patient constituées de telle sorte que les personnes concernées ne puissent être identifiées.

« Il ne peut être dérogé aux dispositions de l'alinéa précédent que sur autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés dans les conditions prévues aux articles 40-13 à 40-15. Dans ce cas, les données utilisées ne comportent ni le nom, ni le prénom des personnes, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques.

« *Art. 40-13.* – Pour chaque demande, la commission vérifie les garanties présentées par le demandeur pour l'application des présentes dispositions et, le cas échéant, la conformité de sa demande à ses missions ou à son objet social. Elle s'assure de la nécessité de recourir à des données personnelles et de la pertinence du traitement au regard de sa finalité déclarée d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention. Elle vérifie que les données personnelles dont le traitement est envisagé ne comportent ni le nom, ni le prénom des personnes concernées, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques. En outre, si le demandeur n'apporte pas d'éléments suffisants pour attester la nécessité de disposer de certaines informations parmi l'ensemble des données personnelles dont le traitement est envisagé, la commission peut interdire la communication de ces informations par l'organisme qui les détient et n'autoriser le traitement que des données ainsi réduites.

« La commission détermine la durée de conservation des données nécessaires au traitement et apprécie les dispositions prises pour assurer leur sécurité et la garantie des secrets protégés par la loi.

« *Art. 40-14.* – La commission dispose, à compter de sa saisine par le demandeur, d'un délai de deux mois, renouvelable une seule fois, pour se prononcer. A défaut de décision dans ce délai, ce silence vaut décision de rejet. Les modalités d'instruction par la commission des demandes d'autorisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Les traitements répondant à une même finalité portant sur des catégories de données identiques et ayant des destinataires ou des catégories de destinataires identiques peuvent faire l'objet d'une décision unique de la commission.

« *Art. 40-15.* – Les traitements autorisés conformément aux articles 40-13 et 40-14 ne peuvent servir à des fins de recherche ou d'identification des personnes. Les personnes appelées à mettre en œuvre ces traitements, ainsi que celles qui ont accès aux données faisant l'objet de ces traitements ou aux résultats de ceux-ci lorsqu'ils demeurent indirectement nominatifs, sont astreintes au secret professionnel sous les peines prévues à l'article 226-13 du code pénal.

« Les résultats de ces traitements ne peuvent faire l'objet d'une communication, d'une publication ou d'une diffusion que si l'identification des personnes sur l'état desquelles ces données ont été recueillies est impossible. »

II. – Le deuxième alinéa de l'article 10 de la loi n° 78-7 du 6 janvier 1978 précitée est complété par les mots : «, ainsi que des articles 40-13 et 40-14 ».

III. – La première phrase du dernier alinéa de l'article 8 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie est complétée par les mots : « ou, à défaut, à condition qu'elles ne comportent ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ».

IV. – Dans le dernier alinéa du I de l'article L. 710-7 du code de la santé publique, après les mots : « respectant l'anonymat des patients », sont insérés les mots : « ou, à défaut, ne comportant ni leur nom, ni leur prénom, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ».

Article 37 bis AA (nouveau)

Il est inséré, après l'article L. 562-1 du code de la consommation, un article L. 562-2 ainsi rédigé :

« *Art.L. 562-2.* – Les composants alimentaires allergènes définis par le Conseil supérieur d'hygiène publique de France font l'objet d'une mention obligatoire sur l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées. »

Article 37 bis A

Supprimé.

Article 37 bis

I. – Après l'article L. 710-7 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 710-8 ainsi rédigé :

« *Art.L. 710-8.* – Il est créé un groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, constitué sous la forme de groupement d'intérêt public entre des établissements publics de santé volontaires. Les établissements de santé privés peuvent adhérer à ce groupement.

« Ce groupement, constitué pour une durée qui ne peut excéder sept ans, est chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé qui en sont membres. Sous réserve des dispositions du présent article, il est soumis aux dispositions de l'article 21 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France. La convention constitutive du groupement est approuvée par un arrêté des ministres chargés de la santé et des affaires sociales.

« Les organisations représentatives des établissements membres du groupement figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé désignent les représentants des membres à l'assemblée générale et au conseil d'administration. Les représentants désignés par l'organisation représentative des établissements publics de santé disposent de la majorité des voix au sein de chacune de ces instances.

« Le financement du groupement est notamment assuré par un fonds constitué des disponibilités portées, ou qui viendraient à y être portées, au compte ouvert dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre des procédures de liquidation de la gestion du conseil de l'informatique hospitalière et de santé, du fonds mutualisé et du fonds d'aide à la réalisation de logiciels. L'assemblée générale décide les prélèvements effectués sur ce fonds. Ils contribuent à la couverture des charges du groupement. Ces prélèvements ne donnent lieu à la perception d'aucune taxe, de droit de timbre ou d'enregistrement.

« Ce groupement est soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Lors de la dissolution du groupement, ses biens reçoivent une affectation conforme à son objet. »

II (*nouveau*). – Après l'article L. 211-8 du code des juridictions financières, il est inséré un article L. 211-9 ainsi rédigé :

« *Art. L. 211-9.* – Par dérogation aux dispositions de l'article 21 de la loi n° 82-610 du 15 juillet 1982 d'orientation et de programmation pour la recherche et le développement technologique de la France, les groupements d'intérêt public constitués, en tout ou partie, d'établissements publics de santé régis par le livre VII du code de la santé publique et dotés d'un comptable public sont soumis au contrôle des chambres régionales des comptes dans les conditions prévues par les articles L. 211-1 et L. 211-8 du présent

code, dès lors que les établissements ou autres collectivités ou organismes soumis au contrôle des chambres régionales des comptes y détiennent séparément ou ensemble plus de la moitié du capital ou des voix dans les organes délibérants ou y exercent un pouvoir prépondérant de décision ou de gestion. »

Article 37 ter

I. – L'article L. 712-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« A cette fin, la carte sanitaire détermine la nature et, s'il y a lieu, l'importance des installations et activités de soins nécessaires pour répondre aux besoins de la population. Le schéma d'organisation sanitaire fixe des objectifs en vue d'améliorer la qualité, l'accessibilité et l'efficacité de l'organisation sanitaire. » ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « A cette fin, ils » sont remplacés par les mots : « La carte sanitaire et le schéma d'organisation sanitaire » et, après le mot : « démographiques », sont insérés les mots : « et épidémiologiques ».

II. – *Non modifié.*

III. – L'article L. 712-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art.L. 712-3.* – Un schéma est établi pour chaque région sanitaire pour tout ou partie des moyens dont la nature est arrêtée par la carte sanitaire. Toutefois, des schémas nationaux ou interrégionaux peuvent être établis pour certaines installations ou activités de soins mentionnées à l'article L. 712-2.

« Le schéma d'organisation sanitaire vise à susciter les adaptations et les complémentarités de l'offre de soins, ainsi que les coopérations, notamment entre les établissements de santé.

« Il détermine l'organisation territoriale des moyens de toute nature, compris ou non dans la carte sanitaire, qui permettra la réalisation des objectifs mentionnés à l'article L. 712-1. Il peut comporter des recommandations utiles à la réalisation de ces objectifs. »

Article 37 quater

La dernière phrase du sixième alinéa de l'article L. 712-2 du code de la santé publique est complétée par les mots : « en tenant compte des bassins de santé ».

Article 37 quinquies

Suppression conforme.

Article 37 sexies

L'article L. 712-12-1 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque la demande d'autorisation porte sur le changement de lieu d'implantation d'un établissement existant, ne donnant pas lieu à un regroupement d'établissements, le demandeur doit joindre à son dossier un document présentant ses engagements relatifs aux dépenses à la charge de l'assurance maladie et au volume d'activité, fixés par référence aux dépenses et à l'activité constatée dans l'établissement. L'autorité chargée de recevoir le dossier peut, dans un délai de deux mois après réception du dossier, demander au requérant de modifier ses engagements. Le dossier n'est alors reconnu complet que si le requérant satisfait à cette demande dans le délai d'un mois.

« En cas de non-respect des engagements mentionnés à l'alinéa précédent, l'autorisation peut être suspendue ou retirée dans les conditions prévues à l'article L. 712-18. »

Articles 37 septies et 37 octies

Suppression conforme.

Article 37 decies

La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 713-5 du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° Après les mots : « D'autres organismes concourant aux soins », sont insérés les mots : « ainsi que les institutions sociales énumérées à l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée et les maisons d'accueil spécialisé mentionnées à l'article 46 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 précitée » ;

2° *Supprimé.*

Article 37 quaterdecies A

Supprimé.

Article 37 quaterdecies B

Conforme.

Article 37 quaterdecies

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 714-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Un établissement public de santé peut également être interhospitalier lorsqu'il est créé à la demande de deux ou plusieurs établissements publics de santé mentionnés à l'alinéa précédent qui lui transfèrent une partie de leurs missions de soins prévues aux articles L. 711-1 et L. 711-2. Un même établissement public de santé ne peut participer qu'à la création d'un seul établissement public de santé interhospitalier. »

II. – 1. Après le dixième alinéa de l'article L. 714-2 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les établissements interhospitaliers, les représentants des catégories mentionnées aux 1°, 5° et 6° sont désignés, en leur sein, par les conseils d'administration des établissements fondateurs. »

2. Dans l'avant-dernier alinéa du même article, les mots : « intercommunaux et interdépartementaux » sont remplacés par les mots : « intercommunaux, interdépartementaux et interhospitaliers. »

III. – L'article L. 714-4 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 19° La création avec un ou plusieurs établissements publics de santé d'un établissement public de santé interhospitalier. »

IV. – Dans l'article L. 714-16 du même code, après le treizième alinéa (11°), il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 12° Emet un avis sur la création avec un ou plusieurs établissements publics de santé d'un établissement public de santé interhospitalier. »

V. – L'article L. 714-18 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 11° La création avec un ou plusieurs établissements publics de santé d'un établissement public de santé interhospitalier. »

Article 37 *quindecies*

I. – L'article L. 714-31 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 714-31.* – L'activité libérale peut comprendre des consultations, des actes et des soins en hospitalisation ; elle s'exerce exclusivement au sein des établissements dans lesquels les praticiens ont été nommés ou, dans le cas d'une activité partagée, dans l'établissement où ils exercent la majorité de leur activité publique, à la triple condition :

« 1° Que les praticiens exercent personnellement et à titre principal une activité de même nature dans le secteur hospitalier public ;

« 2° Que la durée de l'activité libérale n'excède pas 20 % de la durée de service hospitalier hebdomadaire à laquelle sont astreints les praticiens ;

« 3° Que le nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité libérale soit inférieur au nombre de consultations et d'actes effectués au titre de l'activité publique.

« Aucun lit ni aucune installation médico-technique ne doit être réservé à l'exercice de l'activité libérale.

« Des dispositions réglementaires fixent les modalités d'exercice de l'activité libérale. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 714-32 du même code est ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, le praticien exerçant une activité libérale perçoit ses honoraires par l'intermédiaire de l'administration hospitalière. »

Article 37 *sexdecies*

L'article L. 716-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L.716-2.* – Le Gouvernement pourra expérimenter, à compter du 1er janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie.

« Les expériences pourront être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon les modalités définies par voie réglementaire.

« Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expériences sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. »

Article 37 *septdecies*

I. – L'article L.162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 14° ainsi rédigé :

« 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. »

II. – Il est inséré, dans le même code, un article L. 162-5-12 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-12.* – La gestion des sommes affectées à la formation professionnelle au titre du 14° de l'article L.162-5 est assurée par un organisme gestionnaire conventionnel. Cet organisme est doté de la personnalité morale. Il est administré par un conseil de gestion composé paritairement des représentants des caisses nationales d'assurance maladie signataires de la convention et des représentants des organisations syndicales de médecins signataires de la convention.

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

« L'organisme gestionnaire conventionnel est chargée notamment :

« – de la gestion des appels d'offres sur les actions de formation ;

« – de l'enregistrement de projets soumis par les organismes de formation ;

« – de la gestion administrative et financière des actions agréées sur la base d'une convention de financement passée avec les caisses d'assurance maladie signataires de la ou des conventions mentionnées à l'article L. 162-5 ;

« – de l'évaluation des actions de formation professionnelle conventionnelle ;

« – de l'indemnisation des médecins participant aux actions de formation professionnelle conventionnelle.

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

Article 37 *octodecies*

Conforme.

Article 37 *unvicies*

I. – Par dérogation aux 1° et 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique, les personnes étrangères titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre mentionné à l'article

L. 356-2 dudit code, ou françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat dont la valeur scientifique est attestée par le ministre chargé des universités et qui ont exercé, pendant trois ans au moins avant le 1er janvier 1999, dans des établissements publics de santé, ou dans des établissements de santé privés participant au service public hospitalier, des fonctions, déterminées par décret, les plaçant sous la responsabilité d'un médecin peuvent être autorisées individuellement, par arrêté du ministre chargé de la santé, à exercer la profession de médecin dans ces établissements et les établissements de transfusion sanguine en qualité de contractuel. Les périodes consacrées à la préparation de diplômes de spécialisation ne sont pas prises en compte dans le calcul de la durée des fonctions.

Les intéressés doivent avoir satisfait à des épreuves nationales d'aptitude organisées avant le 31 décembre 2001 et définies par des dispositions réglementaires prises en application du cinquième alinéa de l'article L. 714-27 du code de la santé publique. Par dérogation aux dispositions qui précèdent, les personnes ayant la qualité de réfugié, d'apatride et les bénéficiaires de l'asile territorial, ainsi que les personnes françaises titulaires d'un diplôme étranger ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises peuvent faire acte de candidature à ces épreuves sans remplir la condition d'exercice dans les établissements de santé visée à l'alinéa précédent.

En vue notamment de garantir la sécurité sanitaire, les conditions dans lesquelles ces médecins sont recrutés et exercent leur activité sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Les médecins titulaires d'une des autorisations instituées par le présent article sont tenus de respecter les principes et règles mentionnés à l'article L. 382 du code de la santé publique. Ils sont inscrits au tableau de l'Ordre des médecins et soumis à la juridiction disciplinaire de l'Ordre des médecins.

Les dispositions du présent article constituent des dispositions spéciales ou des exceptions au sens des 1° et 2° de l'article L. 372 du code de la santé publique pour l'application dudit article dudit code.

A compter de la publication de la présente loi, et sous réserve des dispositions qui précèdent, les établissements publics de santé ne peuvent plus recruter de nouveaux médecins titulaires de diplômes, titres ou certificats délivrés dans des pays autres que ceux faisant partie de la Communauté européenne et que les Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et Andorre qu'en application des dispositions prévues au 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique, sauf s'ils justifient avoir exercé des fonctions dans un établissement public de santé avant la publication de la présente loi.

Les dispositions de l'alinéa précédent ne s'appliquent pas aux personnes venant préparer un diplôme de spécialité en France, ce uniquement pour la durée de la formation et aux personnes ayant la qualité de réfugié, d'apatride ou bénéficiaire de l'asile territorial ainsi qu'aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

Les personnes ayant exercé pendant trois années les fonctions de contractuel prévues au premier alinéa du présent article peuvent être autorisées par arrêté du ministre chargé de la santé à exercer la médecine en France. Elles ne sont pas comptabilisées dans le nombre maximum d'autorisations prévu au sixième alinéa du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique.

Peuvent être également autorisées à exercer la médecine dans les mêmes conditions les personnes ne remplissant pas la condition de durée des fonctions fixées à l'alinéa précédent, mais ayant à la fois satisfait aux épreuves mentionnées au deuxième alinéa et exercé des fonctions hospitalières pendant six années. Elles ne sont pas non plus comptabilisées dans le nombre maximum d'autorisations prévues au sixième alinéa du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique.

Les praticiens visés au premier alinéa et qui remplissent les conditions fixées par l'article L. 356 du code de la santé publique peuvent être inscrits sur une liste d'aptitude à la fonction de praticien des établissements publics de santé. Les conditions d'inscription sur cette liste d'aptitude sont fixées par voie réglementaire.

II. – *Non modifié.*

III. – A. – Les troisième à sixième alinéas du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique sont remplacés par cinq alinéas ainsi rédigés :

« En outre, le ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique attestée par le ministre chargé des universités. Ces personnes doivent avoir été classées en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances qui, en ce qui concerne les médecins, sont organisées pour une ou plusieurs disciplines ou spécialités. La commission doit rendre un avis dans l'année suivant le dépôt de la candidature.

« Les médecins doivent en outre avoir exercé pendant trois ans des fonctions hospitalières. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation des épreuves de sélection et les modalités d'exercice des fonctions hospitalières.

« Le ministre chargé de la santé peut également, après avis de ladite commission, autoriser individuellement à exercer des ressortissants d'un Etat autre que ceux membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen et titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans l'un de ces Etats.

« Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être autorisés à exercer pour chaque profession et, en ce qui concerne les médecins, pour chaque discipline ou spécialité, est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé, en accord avec la commission susmentionnée. En sus de ce nombre maximum, les réfugiés politiques, apatrides et bénéficiaires de l'asile territorial ainsi que les Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises peuvent être autorisés à exercer par le ministre

chargé de la santé après avis de la commission susmentionnée et après avis d'un jury de la discipline concernée dont les modalités d'organisation sont définies par arrêté.

« Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de sélection et à l'autorisation d'exercice. »

B. – Les dispositions prévues au A prennent effet à compter du 1er janvier 2002. A compter de la publication de la présente loi, les personnes ayant satisfait aux épreuves de validation des connaissances organisées dans le régime antérieur ne peuvent être candidates à l'autorisation d'exercice que deux fois consécutives selon ledit régime.

Cette autorisation est accordée aux personnes justifiant, à la date de présentation de leur candidature, de six années de fonctions hospitalières ainsi qu'aux Français rapatriés d'Algérie ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises, sans qu'il y ait lieu de tenir compte du nombre maximum d'autorisations prévu au sixième alinéa du 2° de l'article L. 356 du code de la santé publique.

Ces épreuves sont organisées pour la dernière fois au cours de l'année 2001. Au-delà du 31 décembre 2003, aucune autorisation d'exercice ne pourra être délivrée selon le régime antérieur sauf pour les praticiens adjoints contractuels qui devront demander l'autorisation d'exercice avant le 31 décembre 2010. Avant le 31 décembre 2003, les candidats à l'autorisation d'exercice ayant exercé pendant plus de dix ans des fonctions hospitalières en France et ayant échoué aux épreuves de vérification des connaissances organisées selon le régime antérieur pourront saisir une commission de recours dont la composition, le fonctionnement et les modalités de saisine seront définis par arrêté.

Par dérogation à l'article L. 356 du code de la santé publique, des personnes de nationalité française ou étrangère ne remplissant pas les conditions définies par cet article peuvent, en vue d'exercer des fonctions d'enseignement et de recherche, être autorisées individuellement par le ministre chargé de la santé à exercer temporairement la médecine dans un centre hospitalier universitaire ou dans un établissement de santé ayant passé convention avec un centre hospitalier universitaire, à condition qu'elles aient exercé ou qu'elles exercent des fonctions hospitalières et universitaires en qualité de médecin depuis au moins six ans.

Par dérogation à l'article L. 356 du code de la santé publique, des personnes de nationalité française ou étrangère ne remplissant pas les conditions définies par cet article peuvent, en vue de compléter leur formation, être autorisées individuellement par le ministre chargé de la santé à exercer temporairement la médecine dans un centre hospitalier universitaire ou dans un établissement de santé ayant passé convention avec un centre hospitalier universitaire, à condition qu'elles justifient de leur qualité de médecin et d'une fonction hospitalière et universitaire au sein d'un établissement hospitalo-universitaire, depuis au moins trois ans.

La durée maximum pour laquelle l'autorisation peut être accordée ainsi que les modalités selon lesquelles elle est délivrée sont fixées par décret.

Article 37 *duovicies*

I à III. – *Non modifiés.*

IV. – L'article L. 514-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 514-1.* – 1. Le ministre chargé de la santé, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, peut autoriser un pharmacien d'une nationalité autre que celles qui sont mentionnées au 2° du I de l'article L. 514 et titulaire du diplôme français d'Etat de docteur en pharmacie ou de pharmacien ou d'un diplôme satisfaisant aux II, III ou IV dudit article à exercer la profession de pharmacien.

« 2. Il peut en outre autoriser à exercer la pharmacie en France, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, les personnes ayant exercé pendant trois années les fonctions de contractuel prévues au premier alinéa du I de l'article 37 *duovicies* de la loi n° du portant création d'une couverture maladie universelle ainsi que celles ne remplissant pas cette condition de durée de fonctions mais ayant à la fois satisfait aux épreuves mentionnées au deuxième alinéa du I précité et exercé des fonctions hospitalières pendant six années.

« 3. En outre, le ministre chargé de la santé peut, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, autoriser individuellement à exercer la pharmacie les personnes françaises ou étrangères titulaires d'un diplôme, titre ou certificat de valeur scientifique attestée par le ministre chargé des universités. Ces personnes doivent avoir été classées en rang utile à des épreuves de vérification des connaissances et avoir exercé pendant trois ans des fonctions hospitalières. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation des épreuves de sélection et les modalités d'exercice des fonctions hospitalières.

« Toutefois, les personnes ayant la qualité de réfugié ou d'apatride, les bénéficiaires de l'asile territorial et les personnes françaises titulaires d'un diplôme étranger ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises n'ont pas à justifier de l'exercice des fonctions hospitalières mentionnées à l'alinéa précédent.

« 4. Dans les cas mentionnés au 3, nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice.

« 5. Le nombre maximum de ces autorisations est fixé, chaque année et pour chaque catégorie de candidats mentionnés aux 1 à 3, par arrêté du ministre chargé de la santé, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie. »

V. – Les dispositions prévues au 3 de l'article L. 514-1 du code de la santé publique prennent effet à compter du 1er janvier 2002. Les praticiens adjoints contractuels devront demander l'autorisation d'exercice avant le 31 décembre 2010.

Article 37 *tervicies*

Les organismes visés aux *a* et *b* de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale ne doivent pas tenir compte des résultats de l'étude génétique des caractéristiques d'une

personne demandant à bénéficier d'une protection complémentaire en matière de santé, même si ceux-ci leur sont apportés par la personne elle-même. En outre, ils ne peuvent poser aucune question relative aux tests génétiques et à leurs résultats, ni demander à une personne de se soumettre à des tests génétiques avant que ne soit conclu un contrat de protection complémentaire en matière de santé et pendant toute la durée de celui-ci.

Toute infraction aux dispositions du précédent alinéa est punie d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende.

Articles 37 quatervicies et 37 quinvicies

Conformes.

Article 37 sexvicies

A. – L'article L. 570 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 570. – I. –* Les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie doivent permettre de répondre de façon optimale aux besoins en médicaments de la population résidant dans les quartiers d'accueil de ces officines.

« Les créations, les transferts et les regroupements d'officines de pharmacie ne peuvent être effectués que dans un lieu qui garantit un accès permanent du public à la pharmacie et permet à celle-ci d'assurer un service de garde satisfaisant.

« II. – Toute création d'une nouvelle officine, tout transfert d'une officine d'un lieu dans un autre et tout regroupement d'officines sont subordonnés à l'octroi d'une licence délivrée par le représentant de l'Etat dans le département selon les critères prévus aux articles L. 571, L. 571-1, L. 572 et L. 573.

« Dans le cas d'un transfert d'un département à un autre au sein de la région d'Ile-de-France, tel qu'il est prévu à l'article L. 572, la licence est délivrée par décision conjointe des représentants de l'Etat dans les deux départements.

« Dans tous les cas, la décision de création, de transfert ou de regroupement est prise par le représentant de l'Etat dans le département après avis des syndicats représentatifs de la profession et du conseil régional de l'Ordre des pharmaciens ou, dans le cas des départements d'outre-mer et de la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon, du conseil central de la section E de l'Ordre national des pharmaciens.

« III. – Les demandes de regroupement présentées en application de l'article L. 573 bénéficient d'une priorité par rapport aux demandes de transfert et aux demandes de création. Les demandes de transfert bénéficient d'une priorité par rapport aux demandes de création.

« Parmi les demandes de création, celles qui sont présentées par des pharmaciens n'ayant jamais été titulaires d'une licence d'officine ou n'en étant plus titulaires depuis au moins trois ans à la date du dépôt de la demande bénéficient d'une priorité. Lorsque la

demande de création est présentée par une société ou par plusieurs pharmaciens réunis en copropriété, le principe de priorité ne s'applique que lorsque tous les pharmaciens associés ou copropriétaires exerçant dans l'officine remplissent les conditions pour en bénéficier.

« Toute demande ayant fait l'objet du dépôt d'un dossier complet bénéficie d'un droit d'antériorité par rapport aux demandes ultérieures concurrentes, dans des conditions fixées par le décret mentionné à l'article L. 578.

« IV. – La licence fixe l'emplacement où l'officine sera exploitée.

« Lorsqu'il est saisi d'une demande de création, de transfert ou de regroupement, le représentant de l'Etat peut imposer une distance minimum entre l'emplacement prévu pour la future officine et l'officine existante la plus proche.

« Le représentant de l'Etat peut, en outre, en vue d'assurer une desserte optimale de la population résidant à proximité de l'emplacement de la future officine, déterminer le ou les secteurs de la commune dans lesquels l'officine devra être située.

« Lorsque le représentant de l'Etat utilise l'une ou l'autre ou les deux possibilités mentionnées aux alinéas ci-dessus, la licence ne peut être accordée que lorsque la future officine remplit les conditions fixées par le représentant de l'Etat dans un délai fixé par le décret mentionné à l'article L. 578.

« V. – L'officine dont la création, le transfert ou le regroupement a été autorisé doit être effectivement ouverte au public au plus tard à l'issue d'un délai d'un an, qui court à partir du jour de la notification de l'arrêté de licence, sauf prolongation en cas de force majeure.

« La licence ne peut être cédée par son ou ses titulaires indépendamment du fonds de commerce auquel elle se rapporte.

« De plus, et sauf le cas de force majeure constaté par le représentant de l'Etat dans le département, une officine ne peut faire l'objet d'une cession totale ou partielle, ni être transférée ou faire l'objet d'un regroupement avant l'expiration d'un délai de cinq ans, qui court à partir du jour de la notification de l'arrêté de licence. Toutefois, cette disposition n'est pas applicable aux personnes physiques ou morales détenant une partie du capital social et des droits de vote d'une société d'exercice libéral de pharmaciens d'officine, au titre des 1° à 4° de l'article 5 de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de société des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé.

« Toute fermeture définitive de l'officine entraîne la caducité de la licence, qui doit être remise à la préfecture par son dernier titulaire ou par ses héritiers.

« VI. – La population dont il est tenu compte pour l'application des articles L. 571, L. 571-1, L. 572 et L. 573 est la population municipale, telle qu'elle est issue du dernier recensement général de la population ou, le cas échéant, des recensements complémentaires. »

B. – Les articles L. 571, L. 571-1, L. 572 et L. 573 du code de la santé publique sont ainsi rédigés :

« *Art. L. 571. – I. –* Dans les communes d'une population égale ou supérieure à 30 000 habitants, une création d'officine ne peut être accordée que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 3 000.

« Dans ce cas, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 3 000 habitants recensés dans les limites de la commune.

« II. – Dans les communes d'une population égale ou supérieure à 2 500 habitants et inférieure à 30 000 habitants, une création d'officine ne peut être accordée que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 2 500.

« Dans ce cas, il ne peut être délivré qu'une licence par tranche entière de 2 500 habitants recensés dans les limites de la commune.

« III. – Aucune création n'est possible dans les communes comportant une population inférieure à 2 500 habitants :

« – lorsqu'elles disposent déjà d'au moins une officine ;

« – lorsqu'elles ne disposent d'aucune officine mais que leur population a déjà été prise en compte pour la création d'une officine dans une autre commune.

« IV. – Dans les communes de moins de 2 500 habitants dépourvues d'officine et dont la population n'a pas été ou n'est plus prise en compte pour une création d'officine dans une autre commune, une création peut être accordée dans une zone géographique constituée d'un ensemble de communes contiguës, si la totalité de la population de cette zone est au moins égale à 2 500 habitants.

« Le représentant de l'Etat dans le département précise, dans sa décision, les communes prises en compte pour l'octroi de la licence. La totalité de la population de ces communes est considérée comme desservie par la nouvelle création.

« *Art. L. 571-1. –* Par dérogation aux articles L. 571, L. 572 et L. 573, les quotas de population de 3 000 et 2 500 habitants mentionnés à ces articles sont fixés à 3 500 habitants pour le département de la Guyane.

« *Art. L. 572. – I. –* A l'exception des cas de force majeure constatés par le représentant de l'Etat dans le département, ou si ces officines sont dans l'impossibilité de se conformer aux conditions minimales d'installation telles qu'elles figurent dans le décret prévu à l'article L. 578, peuvent obtenir un transfert :

« – les officines situées dans une commune d'au moins 30 000 habitants où le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou inférieur à 3 000 ;

« – les officines situées dans une commune d'au moins 2 500 habitants et de moins de 30 000 habitants où le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou inférieur à 2 500 ;

« – les officines situées dans une commune de moins de 2 500 habitants.

« Ce transfert peut être effectué :

« – au sein de la même commune ;

« – dans une autre commune située dans le même département ou dans une commune située dans un autre département lorsqu'il s'agit de la région d'Ile-de-France, à condition qu'une création soit possible dans la commune d'accueil en application de l'article L. 571.

« II. – Par dérogation, le transfert d'une officine implantée dans une zone franche urbaine, une zone urbaine sensible ou une zone de redynamisation urbaine mentionnées dans la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ne peut être accordé lorsqu'il aurait pour effet de compromettre l'approvisionnement normal en médicaments de la population de ladite zone.

« Art. L. 573. – I. – Deux officines de pharmacie situées dans une même commune peuvent être regroupées en un lieu unique de cette commune à la demande de leurs titulaires.

« Dans les communes d'au moins 30 000 habitants, ce regroupement ne peut intervenir que si le nombre d'habitants par officine est égal ou inférieur à 3 000. Dans les communes d'au moins 2 500 habitants et de moins de 30 000 habitants, ce regroupement ne peut intervenir que si le nombre d'habitants par officine est égal ou inférieur à 2 500.

« Le lieu de regroupement des officines concernées est l'emplacement de l'une d'elles ou un lieu nouveau situé dans la même commune.

« II. – Le nombre total de pharmaciens de la nouvelle officine, qu'ils soient titulaires ou assistants, doit être au moins égal au total des pharmaciens titulaires et assistants des officines qui se regroupent. Cette disposition s'applique durant cinq ans à compter de l'ouverture de la nouvelle officine, sauf cas de force majeure constatée par le représentant de l'Etat dans le département.

« Dans le cadre d'un regroupement dans un lieu nouveau, la nouvelle officine ne pourra être effectivement ouverte au public que lorsque les officines regroupées auront été fermées. »

C et D. – *Non modifiés.*

E. – Pour les communes de moins de 2 500 habitants disposant d'au moins une officine à la date de publication de la présente loi, un arrêté du représentant de l'Etat dans le département détermine, pour chacune de ces officines, la ou les communes desservies par cette officine, après avis d'une commission qui comprend des représentants de l'administration et des professionnels.

Seules peuvent être retenues les communes dont au moins 50 % des habitants sont desservis par l'officine de manière satisfaisante. Dans ce cas, la totalité des habitants de la commune est considérée comme desservie par l'officine pour l'application de l'alinéa ci-dessus.

Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 578 du code de la santé publique fixe la composition et le fonctionnement de cette commission, ainsi que le délai et les modalités de publication des arrêtés préfectoraux précités.

F et G. – *Non modifiés.*

H. – Le Gouvernement présentera au Parlement un rapport d'application du présent article deux ans après la publication de la présente loi.

Article 37 septvicies à 37 novovicies

Conformes.

Article 37 tricies

Après l'article L. 794-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 794-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 794-6-1.* – Pour évaluer les risques sanitaires et nutritionnels, l'agence est assistée par des comités d'experts spécialisés dont la durée du mandat et les conditions de fonctionnement sont fixées par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, de l'agriculture et de la consommation. »

Article 37 untricies

Conforme.

Article 37 duotricies

Supprimé.

Article 37 tertricies

Conforme.

TITRE V

ENTREE EN VIGUEUR

Article 38

Les dispositions de la présente loi entrent en vigueur le 1er janvier 2000, sous les réserves suivantes :

1° Les dispositions du III et du IV de l'article 7 entrent en vigueur le 1er octobre 2000 ;

2° Les dispositions de l'article 12 sont applicables aux cotisations recouvrées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de l'année 2001 ;

3° Les dispositions de l'article 27 entrent en vigueur dès la publication de la présente loi ;

4° Les dispositions de l'article 9 et du 2° de l'article 11 sont applicables aux versements effectués au profit respectivement du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale et de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à compter du 1er janvier 2000 ;

5° Les dispositions de l'article 10 sont applicables aux versements effectués au profit des organismes mentionnés audit article à compter du 1er janvier 2000 ;

5° *bis (nouveau)* Les dispositions de l'article 30, en ce qu'elles modifient les compétences des collectivités territoriales en charge de l'aide médicale, s'appliquent aux soins dispensés à compter du 1er janvier 2000 ;

6° Les dispositions du titre IV entrent en vigueur dès la publication de la présente loi, sous réserve des dispositions des articles 37 *unvicies*, 37 *duovicies*, 37 *sexvicies* et 37 *tertricies* ;

7° *(nouveau)* Les dispositions législatives en vigueur dans la collectivité territoriale de Saint-Pierre-et-Miquelon relatives aux domaines couverts par les titres Ier, II et III de la présente loi et antérieures à celle-ci demeurent en vigueur.

Les bénéficiaires de l'aide médicale dont les droits s'interrompent entre le 1er janvier et le 30 juin 2000 bénéficient, sur leur demande, des dispositions de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, jusqu'à cette dernière date.

Délibéré en séance publique, à Paris, le 16 juin 1999.

Le Président,

Signé : LAURENT FABIUS.