

CONSEIL CONSTITUTIONNEL

Documents à l'appui de la décision n° 98-404 DC

du 18 décembre 1998

Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999

NORMES DE REFERENCE

CONSTITUTION DE 1958

Titre V Des rapports entre le Gouvernement et le Parlement

ART. 34. - (EXTRAITS)

La loi est votée par le Parlement.

La loi fixe les règles concernant : (...)

- l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toutes natures ; le régime d'émission de la monnaie. (...)

La loi détermine les principes fondamentaux : (...)

- du droit du travail, du droit syndical et de la sécurité sociale. (...)

« Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique¹. »²

Des lois de programmes déterminent les objectifs de l'action économique et sociale de l'Etat.

Les dispositions du présent article pourront être précisées et complétées par une loi organique.

ART. 47-1. -

Le Parlement vote les projets de loi de financement de la sécurité sociale dans les conditions prévues par une loi organique³.

Si l'Assemblée nationale ne s'est pas prononcée en première lecture dans le délai de vingt jours après le dépôt d'un projet, le Gouvernement saisit le Sénat qui doit statuer dans un délai de quinze jours. Il est ensuite procédé dans les conditions prévues à l'article 45.

Si le Parlement ne s'est pas prononcé dans un délai de cinquante jours, les dispositions du projet peuvent être mises en oeuvre par ordonnance.

¹Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996

²Loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996, article 1er

³Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996

Les délais prévus au présent article sont suspendus lorsque le Parlement n'est pas en session et, pour chaque assemblée, au cours des semaines où elle a décidé de ne pas tenir séance, conformément au deuxième alinéa de l'article 28.

La Cour des comptes assiste le Parlement et le Gouvernement dans le contrôle de l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

DÉCLARATION DES DROITS DE L'HOMME ET DU CITOYEN DU 26 AOÛT 1789

ART. 8. -

La Loi ne doit établir que des peines strictement et évidemment nécessaires, et nul ne peut être puni qu'en vertu d'une Loi établie et promulguée antérieurement au délit, et légalement appliquée.

ART. 13. -

Pour l'entretien de la force publique, et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable : elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés.

Article LO111-3 du Code de la Sécurité sociale

CODE DE LA SECURITE SOCIALE (Partie Législative)

Chapitre 1er bis : Lois de financement de la sécurité sociale

Article LO111-3

(Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 14 i Journal Officiel du 27 juillet 1994)

(Loi n° 96-62 du 29 janvier 1996 art. 5 i Journal Officiel du 30 janvier 1996)

(Loi n° organique 96-646 du 22 juillet 1996 art. 3 i Journal Officiel du 23 juillet 1996)

(inséré par Loi n° organique 96-646 du 22 juillet 1996 art. 1 Journal Officiel du 23 juillet 1996)

I. - Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale :

1° Approuve les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale ;

2° Prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement ;

3° Fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres ;

4° Fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

5° Fixe, pour chacun des régimes obligatoires de base visés au 3° ou des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement qui peuvent légalement recourir à des ressources non permanentes, les limites dans lesquelles ses besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources.

II. - La loi de financement de l'année et les lois de financement rectificatives ont le caractère de lois de financement de la sécurité sociale. Seules des lois de financement peuvent modifier les dispositions prises en vertu des 1° à 5° du I.

III. - Outre celles prévues au I, les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent comporter que des dispositions affectant directement l'équilibre financier des régimes obligatoires de base ou améliorant le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Tout amendement doit être accompagné des justifications qui en permettent la mise en oeuvre.

Les amendements non conformes aux dispositions du présent article sont irrecevables.

Ordonnance no 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale

CHAPITRE Ier

Art. 1er. - Il est créé, à compter du 1er janvier 1996 et pour une durée de treize ans et un mois, un établissement public national à caractère administratif, placé sous la tutelle du ministre chargé de l'économie et des finances et du ministre chargé de la sécurité sociale, appelé Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Art. 2. - La Caisse d'amortissement de la dette sociale a pour mission,

d'une part, d'apurer la dette mentionnée au I de l'article 4 et, d'autre part, d'effectuer les versements prévus aux II et III du même article.

Art. 3. - I. - La caisse est administrée par un conseil d'administration composé de six membres nommés par décret, et comprenant :

- une personnalité choisie en raison de sa compétence, président ;
- trois représentants du ministre chargé de l'économie et des finances ;
- deux représentants du ministre chargé de la sécurité sociale.

II. - Le conseil d'administration de la caisse est assisté par un comité de surveillance qui comprend notamment des membres du Parlement et des représentants des conseils d'administration des organismes nationaux du régime général de la sécurité sociale et de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles, ainsi que le secrétaire général permanent de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Art. 4. - I. - La dette d'un montant de 137 milliards de francs de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à l'égard de la Caisse des dépôts et consignations constatée au 31 décembre 1995, correspondant au financement des déficits accumulés au 31 décembre 1995 par le régime général de sécurité sociale et à celui de son déficit prévisionnel de l'exercice 1996, est transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale à compter du 1er janvier 1996.

II. - Dans la limite totale de 3 milliards de francs, la Caisse d'amortissement de la dette sociale verse au cours de l'année 1996 au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles visée à l'article L. 611-1 du code de la sécurité sociale :

- dans la limite d'un milliard de francs un apport, destiné à apurer en tout ou partie le report à nouveau négatif au 31 décembre 1995 ;
- pour le reliquat, une recette exceptionnelle concourant au financement du déficit prévisionnel de l'exercice 1996 compte non tenu de la recette visée au 3o de l'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale ;

III. - La caisse verse chaque année au budget général de l'Etat, de l'année 1996 à l'année 2008, une somme de 12,5 milliards de francs.

Art. 5. - I. - Pour remplir les obligations résultant de ses missions, la Caisse d'amortissement de la dette sociale est habilitée à contracter des emprunts. Elle peut notamment à cet effet, dès sa création, faire appel public à l'épargne et émettre tout titre négociable représentatif d'un droit de créance.

Le conseil d'administration décide du programme des emprunts mentionnés à l'alinéa précédent. Il peut déléguer à son président tout pouvoir pour procéder à ces opérations.

Les emprunts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale sont soumis à l'approbation du ministre chargé de l'économie et des finances.

II. - Après le 4o du III de l'article 19 de la loi no 91-716 du 26 juillet 1991 portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, il est ajouté un 5o ainsi rédigé :

<< 5o La Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1er de l'ordonnance no 96-50 du 24 janvier 1996. >>

Art. 6. - I. - Le produit des contributions instituées par le chapitre II de la présente ordonnance pour le remboursement de la dette sociale est affecté à la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Ce produit est versé à la caisse, dans des conditions fixées par décret, par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, s'agissant du produit correspondant à la contribution mentionnée à l'article 14, et par l'Etat,

s'agissant du produit correspondant aux contributions mentionnées aux articles 15 à 18.

II. - Le décret en Conseil d'Etat prévu à l'article 13 définira les conditions dans lesquelles la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reverse à la Caisse d'amortissement de la dette sociale les sommes correspondant aux remboursements se rapportant aux créances afférentes à des prestations liquidées avant le 31 décembre 1995, effectués en application des règlements communautaires no 1408-71 et no 574-72 de coordination des régimes nationaux de sécurité sociale et des accords bilatéraux de sécurité sociale et centralisés par le Centre de sécurité sociale des travailleurs migrants pour le compte de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Ce décret pourra prévoir que ne donnent pas lieu à reversement les remboursements intervenus avant une date qu'il fixera et qui ne pourra être postérieure au 31 décembre 1997.

Art. 7. - Les ressources mentionnées à l'article 6 sont affectées prioritairement au service et à l'amortissement de la dette contractée par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, en vue de satisfaire aux obligations définies aux I et II de l'article 4.

Si les prévisions de recettes et de dépenses annuelles de la caisse sur la durée restant à courir de la période pour laquelle elle a été créée font apparaître qu'elle ne serait pas en mesure de faire face à l'ensemble de ses engagements, le Gouvernement soumet au Parlement les mesures nécessaires pour assurer le paiement du principal et des intérêts aux dates prévues.

Art. 8. - Les frais d'assiette et de recouvrement des contributions pour le remboursement de la dette sociale sont à la charge de la caisse. Le montant du prélèvement correspondant est fixé par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances et du ministre chargé de la sécurité sociale.

Art. 9. - Le patrimoine privé à usage locatif des caisses nationales du régime général de sécurité sociale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, à l'exclusion des locaux affectés à un usage administratif,

sera vendu à l'initiative de ses propriétaires. Les produits de la vente sont affectés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée à l'article 1er. Ce patrimoine fera l'objet, avant le 31 juillet 1996, d'un inventaire et d'une évaluation qui seront communiqués à la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

La partie du patrimoine qui ne sera pas vendue à la date du 31 décembre 1999 sera transférée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale ainsi que les droits et obligations qui y sont attachés.

La dévolution du patrimoine visée à l'alinéa précédent à la Caisse d'amortissement de la dette sociale fait l'objet d'un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Les transferts des biens, droits et obligations des caisses nationales du régime général de sécurité sociale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale effectués en application du présent article au profit de la Caisse d'amortissement de la dette sociale ne donnent lieu à aucune indemnité ou perception d'impôts, droits ou taxes.

Pour la gestion ou la vente du patrimoine visé ci-dessus, la Caisse d'amortissement de la dette sociale peut faire appel, dans des conditions fixées par décret, à tous services ou organismes habilités à cet effet. La cession intégrale de ce patrimoine devra intervenir au plus tard au 31 décembre 2008.

Art. 10. - I. - Les sommes correspondant au remboursement par la Caisse d'amortissement de la dette sociale du prêt consenti à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale par la Caisse des dépôts et consignations et mentionné au I de l'article 4, sont réparties, à compter du 1er janvier 1996,

entre les fonds nationaux gérés par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dotés d'un compte de report à nouveau négatif aux bilans arrêtés au 31 décembre 1995, et ce, au prorata des montants de ces comptes. Le montant des transferts correspondant à cette répartition est fixé par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'économie et des finances après avis des caisses nationales du régime général et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

II. - Les sommes transférées en vertu du II de l'article 4 ci-dessus par la Caisse d'amortissement de la dette sociale au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles font l'objet d'une comptabilisation dans des conditions fixées par un arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'économie et des finances après avis de ladite caisse nationale.

Art. 11. - Le Gouvernement rend compte chaque année au Parlement, dans un rapport particulier, des opérations réalisées par la Caisse d'amortissement de la dette sociale.

Art. 12. - I. - Le premier alinéa de l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Il est créé un fonds dont la mission est de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale, tels qu'ils sont définis par l'article L. 135-2. >>

II. - L'article L. 135-2 du même code est ainsi modifié :

a) Les mots : << Les dépenses prises en charge par le fonds visé à l'article L. 135-1 font l'objet de deux sections distinctes ainsi constituées : >> sont remplacés par les mots : << Les dépenses prises en charge par le fonds visé à l'article L. 135-1 sont les suivantes : >> ;

b) Les mots << Section I. - Dépenses à titre permanent >> et les mots << Section II. - Dépenses à titre exceptionnel >> sont supprimés ;

c) Le dernier alinéa est abrogé.

III. - Les dispositions des I et II ci-dessus prennent effet à compter du 1er janvier 1996.

Art. 13. - Un décret en conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent chapitre.

CHAPITRE II

Des contributions pour le remboursement de la dette sociale

Art. 14. - I. - Il est institué une contribution sur les revenus d'activité et de remplacement mentionnés aux articles L. 136-2 à L. 136-4 du code de la sécurité sociale, à l'exception des revenus de source étrangère visés au 1o du III de l'article 15 ci-après, perçus du 1er février 1996 au 31 janvier 2009 par les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du même code.

Cette contribution est assise sur les revenus visés et dans les conditions prévues aux articles L. 136-2 à L. 136-4 du code de la sécurité sociale.

L'allocation de veuvage visée à l'article L. 356-1 du code de la sécurité sociale et aux articles 1031-1 et 1142-26 du code rural n'est pas soumise à la contribution.

II. - Lorsqu'ils n'entrent pas dans le champ d'application du I, sont également soumis à la contribution dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités :

1o Les contributions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et au cinquième alinéa de l'article 1031 du code rural, à l'exception de celles versées aux institutions mettant en oeuvre les régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale ;

2o Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche,

l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ainsi que toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;

3o L'allocation visée à l'article 15 de la loi no 94-629 du 25 juillet 1994 modifiée relative à la famille ;

4o Les revenus de remplacement et allocations mentionnés à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception des allocations prévues aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;

5o Les pensions de retraite et d'invalidité, à l'exception de celles versées à des personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par un régime de base de sécurité sociale sous conditions de ressources ou par le service visé à l'article L. 814-5 du code de la sécurité sociale et de celles mentionnées aux 4o, 12o, 14o et 14o bis de l'article 81 du code général des impôts ;

6o Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères servies aux victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles, ou à leurs ayants droit ;

7o L'aide personnalisée au logement visée par les articles L. 351-1 à L.

351-14 du code de la construction et de l'habitation ainsi que l'allocation de logement social prévue par l'article L. 831-1 du code de la sécurité sociale ;

8o Les prestations visées à l'article L. 511-1 et au chapitre V du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale, à l'exception de l'allocation de parent isolé et de l'allocation d'éducation spéciale ;

9o La majoration visée au II de l'article L. 841-1 du code de la sécurité sociale, y compris lorsqu'elle est versée en application des dispositions de l'article L. 757-4.

III. - La contribution due sur les prestations visées aux 6o, 7o, 8o et 9o du II est précomptée par l'organisme débiteur dans les conditions prévues aux articles L. 243-2 du code de la sécurité sociale et 1031 du code rural.

La contribution prévue au I est recouvrée et contrôlée dans les conditions et sous les garanties et sanctions visées à l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale.

IV. - Les prestations visées aux 8o et 9o du II, à l'exception de l'allocation logement mentionnée aux articles L. 542-1 et L. 755-21 du code de la sécurité sociale, ne sont assujetties à la contribution qu'à compter du 1er janvier 1997.

Art. 15. - I. - Il est institué une contribution perçue à compter de 1996 et assise sur les revenus du patrimoine définis au I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale perçus par les personnes physiques désignées au I de l'article 14 de la présente ordonnance.

Cette contribution est établie chaque année, sous réserve des revenus des placements visés aux 3o et 4o du II de l'article 16 autres que les contrats en unités de comptes, sur les revenus de l'année précédente et jusqu'à ceux de l'année 2008. Toutefois, la contribution due sur les revenus de la première année d'imposition est assise sur les onze douzièmes des revenus de l'année 1995 ; celle due en 2009 est assise sur un douzième des revenus de l'année 2008.

Elle est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, à l'exception du troisième alinéa.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est pas fait application des abattements mentionnés au 3 et au 4 bis de l'article 158 du code général des impôts.

II. - La contribution est mise en recouvrement et exigible en même temps, le cas échéant, que la contribution sociale instituée par l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale. Il n'est pas procédé au recouvrement lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 80 F.

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

1o Les revenus d'activité et de remplacement de source étrangère perçus à compter du 1er février 1996 et jusqu'au 31 janvier 2009 et soumis en France à l'impôt sur le revenu. Pour l'application de ces dispositions, le 3o de l'article 83 et le a du 5 de l'article 158 du code général des impôts ne sont pas applicables. La déclaration prévue à l'article 170 du code général des impôts mentionne distinctement les revenus concernés ;

2o Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application de l'article L.

69 du livre des procédures fiscales au titre des années visées au I ;

3o Tous autres revenus perçus au titre des années définies au I, dont l'imposition est attribuée à la France par une convention internationale relative aux doubles impositions et qui n'ont pas supporté la contribution prévue à l'article 14.

Art. 16. - I. - Il est institué, à compter du 1er février 1996 et jusqu'au 31 janvier 2009, une contribution prélevée sur les produits de placement désignés au I de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3o et 4o du II ci-après. Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues au II du même article.

II. - Sont également assujettis à la contribution selon les modalités prévues au I, pour la partie acquise à compter du 1er février 1996 et, le cas échéant, constatée à compter du 1er février 1996 en ce qui concerne les placements visés du 3o au 10o :

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

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

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

4o Les produits des plans d'épargne populaire, ainsi que les rentes viagères et les primes d'épargne visés au premier alinéa du 2o de l'article 157 du code général des impôts, respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;

5o Le gain net réalisé ou la rente viagère versée lors d'un retrait de sommes ou valeurs ou de la clôture d'un plan d'épargne en actions défini à l'article 163 quinquies D du code général des impôts ;

- avant l'expiration de la huitième année, le gain net est déterminé par différence entre, d'une part, la valeur liquidative du plan ou la valeur de rachat pour les contrats de capitalisation à la date du retrait ou du rachat et, d'autre part, la valeur liquidative ou de rachat au 1er février 1996 majorée des versements effectués depuis cette date ;

- après l'expiration de la huitième année, le gain net afférent à chaque retrait ou rachat est déterminé par différence entre, d'une part, le montant du retrait ou rachat et, d'autre part, une fraction de la valeur liquidative ou de rachat au 1er février 1996 augmentée des versements effectués sur le plan depuis cette date et diminuée du montant des sommes déjà retenues à ce titre lors des précédents retraits ou rachats. Cette fraction est égale au rapport du montant du retrait ou rachat effectué à la valeur liquidative totale du plan à la date du retrait ou du rachat ;

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

7o Lorsque les intéressés demandent la délivrance des sommes ou valeurs provenant d'un plan d'épargne entreprise au sens du chapitre III du titre IV du livre IV du code du travail, le revenu constitué par la différence entre le montant de ces sommes ou valeurs et le montant des sommes versées dans le plan ;

8o Les répartitions de sommes ou valeurs effectuées par un fonds commun de placement à risques dans les conditions prévues aux I et II de l'article 163 quinquies B du code général des impôts, les gains nets mentionnés à l'article 92 G du même code ainsi que les distributions effectuées par les sociétés de capital-risque dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article 163 quinquies C du code général des impôts, lors de leur versement ;

9o Les gains nets et les produits des placements en valeurs mobilières effectués en vertu d'un engagement d'épargne à long terme respectivement visés aux 5o de l'article 92 D et 16o de l'article 157 du code général des impôts, lors de l'expiration du contrat ;

10o Les revenus mentionnés au 5o de l'article 157 du code général des impôts procurés par les placements effectués dans le cadre d'un plan d'épargne en vue de la retraite, lors des retraits.

III. - Les dispositions du II ne sont pas applicables aux revenus visés au 3o s'agissant des seuls contrats en unités de comptes et aux 5o à 10o, lorsque ces revenus entrent dans le champ d'application de l'article 15.

IV. - Les revenus de placement visés au II, acquis ou en ce qui concerne les placements visés du 3o au 10o du II ci-dessus, constatés à la date du 31 janvier 2009 et pour lesquels la contribution n'est pas encore exigible sont soumis à cette date à la contribution.

Art. 17. - I. - Il est institué, à compter du 1er février 1996 et jusqu'au 31 janvier 2009, une contribution à laquelle sont assujetties les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité soumises à la taxe prévue par les articles 150 V bis et 150 V quater du code général des impôts et réalisées par les personnes désignées au I de l'article 14.

II. - Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues aux articles 150 V bis à 150 V quater du code général des impôts.

Art. 18. - I. - Sans préjudice des prélèvements existants, il est institué une contribution sur une fraction des sommes mises, en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, sur les jeux exploités par La Française des jeux pour les tirages, les événements sportifs et les émissions postérieurs au 1er février 1996 et antérieurs au 31 janvier 2009. Cette fraction est égale à 58 p. 100 des sommes mises.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu au I de l'article 48 de la loi de finances pour 1994 (no 93-1352 du 30 décembre 1993).

II. - Sans préjudice des prélèvements existants, il est institué une contribution sur une fraction des sommes engagées en France au pari mutuel sur et hors les hippodromes entre le 1er février 1996 et le 31 janvier 2009.

Cette fraction est égale à 70 p. 100 des sommes engagées.

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

III. - Sans préjudice des prélèvements existants, il est institué une contribution sur une fraction du produit brut des jeux réalisé entre le 1er février 1996 et le 31 janvier 2009, dans les casinos régis par la loi du 15 juin 1907 réglementant le jeu dans les cercles et les casinos des stations balnéaires, thermales et climatiques. Cette fraction est égale à 600 p. 100 du produit brut des jeux dans les casinos.

Cette contribution est recouvrée et contrôlée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que le prélèvement prévu à l'article 50 de la loi de finances pour 1991 (no 90-1168 du 29 décembre 1990).

Art. 19. - Le taux des contributions instituées par les articles 14 à 18 est fixé à 0,5 p. 100.

Art. 20. - Un décret fixe les modalités d'application du présent chapitre, notamment en ce qui concerne les obligations déclaratives des contribuables.

Art. 21. - Le Premier ministre, le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation, le ministre délégué au budget, porte-parole du Gouvernement, et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance, qui sera publiée au Journal officiel de la République française.

Ordonnance no 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale (extrait)

Art. 12. -

III. - Les entreprises visées au premier alinéa du I du présent article sont redevables d'une contribution exceptionnelle au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France du 1er janvier 1995 au 31 décembre 1995 au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du code de la sécurité sociale et L. 618 du code de la santé publique dont sont retranchées les charges comptabilisées au cours de la même période, au titre des dépenses de recherche éligibles au crédit d'impôt mentionné à l'article 244 quater B du code général des impôts.

Le taux de la contribution est fixé par décret à un niveau compris entre 1,5 p. 100 et 2 p. 100.

Ordonnance no 96-344 du 24 avril 1996 portant mesures relatives à l'organisation de la sécurité sociale

TITRE Ier

DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONVENTIONS

Art. 1er. - I. - Il est ajouté au titre II du livre II du code de la sécurité sociale (première partie Législative) un chapitre 7 ainsi rédigé :

<< Chapitre 7

<< Dispositions relatives aux conventions

d'objectifs et de gestion

<< Art. L. 227-1. - I. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut respectivement avec la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, la Caisse nationale des allocations familiales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

<< Ces conventions déterminent, pour les branches visées aux 1o, 3o et 4o de l'article L. 200-2 et pour les organismes de recouvrement, les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les branches et les organismes disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.

<< Elles précisent :

<< 1o Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et des impôts affectés ;

<< 2o Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

<< 3o Le cas échéant, les objectifs liés à la politique d'action sociale et de prévention ;

<< 4o Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion administrative et, s'il y a lieu, des budgets de contrôle médical, d'action sanitaire et sociale et de prévention ;

<< 5o Le cas échéant, les conditions de constitution ou d'amélioration et d'évolution du réseau des caisses locales.

<< Ces conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

<< Elles déterminent également :

<< 1o Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ;

<< 2o Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

<< II. - Pour la branche maladie, la convention d'objectifs et de gestion mentionne notamment les orientations pluriannuelles de l'action du Gouvernement dans les domaines de la santé publique, de la démographie médicale et du médicament.

<< Un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général détermine, en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville mentionné à l'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale ainsi que les conditions et les modalités de sa mise en oeuvre.

<< Les dépenses de soins de ville comprennent :

<< 1o La rémunération des soins dispensés en ville par les professions médicales, les auxiliaires médicaux et les directeurs de laboratoires, ainsi que les soins dispensés dans les établissements visés à l'article L. 162-22 et tarifés à l'acte et les honoraires des praticiens exerçant en secteur privé à l'hôpital public ;

<< 2o Les dépenses résultant de l'exécution des prescriptions des professions médicales délivrées en ville ;

<< 3o Les prestations en espèces.

<< III. - Les conventions d'objectifs et de gestion sont conclues pour une période minimale de trois ans. Elles sont communiquées aux conseils de surveillance mentionnés à l'article L. 228-1.

<< Art. L. 227-2. - Les conventions d'objectifs et de gestion sont signées, pour le compte de chaque organisme national, par le président du conseil d'administration et par le directeur.

<< Art. L. 227-3. - La mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre, d'une part, chaque caisse nationale et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'autre part, chacun de leurs organismes régionaux ou locaux. Ces contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour le compte de chaque organisme national, par le

président du conseil d'administration et par le directeur et, pour le compte de l'organisme régional ou local, par le président du conseil d'administration et le directeur de l'organisme concerné. >>

II. - Les dispositions de l'article L. 224-10 du même code sont complétées par deux alinéas ainsi conçus :

<< Les décisions des conseils d'administration prises en application des conventions d'objectifs et de gestion, y compris celles relatives aux budgets de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'allocations familiales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sont exécutoires de plein droit vingt jours après la réception des délibérations par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, sauf opposition motivée de l'un ou l'autre d'entre eux.

<< A défaut de signature de la convention avant le 1er janvier de la première année de sa mise en oeuvre, les dispositions du premier alinéa du présent article s'appliquent. >>

III. - Au 2o de l'article L. 225-1-1 du même code, les mots : << élaborés dans les mêmes conditions et aux mêmes dates que les délibérations prévues à l'article L. 153-8 >> sont supprimés.

Art. 2. - I. - La section 2 du chapitre 1er du titre Ier du livre VI du code de la sécurité sociale (première partie : Législative) est complétée par une sous-section 3 ainsi rédigée :

<< Sous-section 3

<< Dispositions relatives aux conventions

d'objectifs et de gestion

<< Art. L. 611-6-1. - I. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut avec la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles une convention d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

<< Cette convention détermine les objectifs pluriannuels de gestion du régime, les moyens de fonctionnement dont la caisse dispose pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.

<< Elle précise :

<< 1o Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations ;

<< 2o Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

<< 3o Les objectifs liés à la politique d'action sociale et de prévention ;

<< 4o Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion administrative, du contrôle médical, de l'action sanitaire et sociale et de la prévention.

<< La convention prévoit, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

<< Elle détermine également :

<< 1o Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de la convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail de la caisse liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de son action ;

<< 2o Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

<< II. - La convention d'objectifs et de gestion définit des orientations pluriannuelles cohérentes avec celles mentionnées dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général.

<< L'avenant qui est conclu à la suite de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale comporte des clauses analogues à celles de l'avenant ayant le même objet de la branche maladie du régime général.

<< III. - La convention d'objectifs et de gestion est conclue pour une période minimale de trois ans.

<< Art. L. 611-6-2. - La convention d'objectifs et de gestion est signée pour le compte de la caisse nationale par le président du conseil d'administration et par le directeur.

<< Art. L. 611-6-3. - La mise en oeuvre de la convention d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre la caisse nationale et chacune des caisses mutuelles régionales. Les contrats pluriannuels de gestion sont signés, pour chacun des organismes, par le président du conseil d'administration et par le directeur. >>

II. - Les dispositions de l'article L. 611-13 du même code sont complétées par les dispositions suivantes :

<< Les décisions des conseils d'administration prises en application des conventions d'objectifs et de gestion sont exécutoires de plein droit vingt jours après la réception des délibérations par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, sauf opposition motivée de l'un ou l'autre d'entre eux.

<< A défaut de signature de la convention avant le 1er janvier de la première année de sa mise en oeuvre, les dispositions du premier alinéa du présent article s'appliquent. >>

Art. 3. - Le premier alinéa du III de l'article 1002-4 du code rural est remplacé par les dispositions suivantes :

<< La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole contribue à la mise en oeuvre de la politique sociale agricole. Elle soumet à cette fin toutes propositions au ministre chargé de l'agriculture et lui communique toutes statistiques.

<< Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale et des dispositions des articles 1003-1 à 1003-4, l'autorité compétente de l'Etat conclut avec la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole une convention d'objectifs et de gestion à caractère pluriannuel. Cette convention détermine pour une période minimale de trois ans les objectifs liés à la gestion des régimes de protection sociale des non-salariés et des salariés des professions agricoles, au service des prestations, au recouvrement des cotisations et des impôts affectés, à l'amélioration du service aux usagers et à la politique d'action sanitaire et sociale et de prévention. Elle détermine également les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de la convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail de la caisse centrale liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de son action, ainsi que le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés. Cette convention définit des orientations pluriannuelles cohérentes avec celles mentionnées dans la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général. L'avenant qui est conclu à la suite de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale comporte des clauses analogues à celles de l'avenant ayant le même objet de la branche maladie du régime général. >>

Art. 4. - I. - Au chapitre 3 du titre III du livre VI du code de la sécurité sociale (première partie : Législative), la section 3 devient la section 4 et il est inséré une section 3 ainsi rédigée :

<< Section 3

<< Dispositions relatives aux conventions

d'objectifs et de gestion

<< Art. L. 633-12. - Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'Etat conclut respectivement avec la Caisse nationale de l'organisation autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions artisanales et la Caisse autonome d'assurance vieillesse des travailleurs non salariés des professions industrielles et commerciales des conventions d'objectifs et de gestion comportant des engagements réciproques des signataires.

<< Ces conventions déterminent pour chaque régime les objectifs pluriannuels de gestion, les moyens de fonctionnement dont les caisses disposent pour les atteindre et les actions mises en oeuvre à ces fins par chacun des signataires.

<< Elles précisent :

<< 1o Les objectifs liés à la mise en oeuvre des dispositions législatives et réglementaires qui régissent la gestion du risque, le service des prestations ou le recouvrement des cotisations et impôts affectés ;

<< 2o Les objectifs liés à l'amélioration de la qualité du service aux usagers ;

<< 3o Les objectifs liés à la politique d'action sociale ;

<< 4o Les règles de calcul et d'évolution des budgets de gestion administrative et d'action sociale.

<< Les conventions prévoient, le cas échéant, les indicateurs quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

<< Elles déterminent également :

<< 1o Les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution de chaque convention, notamment en fonction des lois de financement de la sécurité sociale et des modifications importantes de la charge de travail des organismes liées à l'évolution du cadre législatif et réglementaire de leur action ;

<< 2o Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

<< Ces conventions sont conclues pour une période minimale de trois ans.

<< Art. L. 633-13. - Les conventions d'objectifs et de gestion sont signées, pour le compte de chaque caisse nationale, par le président du conseil d'administration et par le directeur.

<< Art. L. 633-14. - La mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion fait l'objet de contrats pluriannuels de gestion conclus entre la caisse nationale et chacune des caisses locales. Les contrats pluriannuels de gestion sont signés pour chacun des deux organismes par le président du conseil d'administration et par le directeur. >>

II. - Les dispositions de l'article L. 633-5 sont complétées par les dispositions suivantes :

<< Les décisions des conseils d'administration prises en application des conventions d'objectifs et de gestion sont exécutoires de plein droit vingt jours après réception des délibérations par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, sauf opposition motivée de l'un ou l'autre d'entre eux.

<< A défaut de signature de la convention avant le 1er janvier de la première année de sa mise en oeuvre, les dispositions du premier alinéa du présent article s'appliquent. >>

Art. 5. - Les dispositions du présent titre entrent en vigueur à compter du 1er janvier 1997.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX CONSEILS D'ADMINISTRATION DES ORGANISMES DU REGIME GENERAL DE SECURITE SOCIALE

Chapitre Ier

Composition des conseils d'administration des caisses nationales, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et des caisses régionales et locales

Art. 6. - Aux livres II et VII du code de la sécurité sociale, les articles L. 211-2, L. 212-2, L. 213-2, L. 215-2 et L. 215-3, L. 215-7, L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3, L. 225-3, L. 752-6 et L. 752-9 sont remplacés respectivement par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 211-2. - Chaque caisse primaire d'assurance maladie est administrée par un conseil d'administration de vingt-deux membres comprenant :

<< 1o Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< 3o Deux représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ;

<< 4o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

<< Siègent également, avec voix consultative :

<< 1o Un représentant des associations familiales désigné par l'union départementale des associations familiales ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse primaire, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

<< 2o Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

<< Art. L. 212-2. - Chaque caisse d'allocations familiales est administrée par un conseil d'administration de vingt-quatre membres comprenant :

<< 1o Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

<< - cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< - trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;

<< 3o Quatre représentants des associations familiales désignés par l'union départementale des associations familiales ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse régionale, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

<< 4o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'allocations familiales et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

<< Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

<< Art. L. 213-2. - Chaque union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales est administrée par un conseil d'administration de vingt membres comprenant :

<< 1o Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

<< - cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< - trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;

<< 3o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des unions de recouvrement et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

<< Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

<< Art. L. 215-2. - Chaque caisse régionale d'assurance maladie est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :

<< 1o Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< 3o Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

<< 4o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses régionales d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

<< Siègent également avec voix consultative :

<< 1o Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse régionale, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

<< 2o Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

<< Art. L. 215-3. - La caisse régionale d'assurance maladie de l'Ile-de-France et celle de Strasbourg sont administrées par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :

<< 1o Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< 3o Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

<< 4o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité de cette caisse et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

<< Siègent également, avec voix consultative :

<< 1o Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si, dans la circonscription de la caisse régionale, il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont parvenues à un accord ;

<< 2o Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

<< Art. L. 215-7. - La caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg est administrée par un conseil d'administration de vingt membres comprenant :

<< 1o Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< 3o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance vieillesse et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

<< Siègent également, avec voix consultative :

<< 1o Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ou, en cas de désaccord entre celles-ci, par l'Union nationale des associations familiales ;

<< 2o Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

<< Art. L. 221-3. - Sous réserve des dispositions de l'article L. 221-4, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est administrée par un conseil d'administration de trente-trois membres comprenant :

<< 1o Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Treize représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< 3o Trois représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ;

<< 4o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance maladie et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

<< Siègent également, avec voix consultative :

<< 1o Une personne désignée par l'Union nationale des associations familiales ;

<< 2o Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

<< Art. L. 222-5. - La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés est administrée par un conseil d'administration de trente membres comprenant :

<< 1o Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Treize représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< 3o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance vieillesse et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

<< Siègent également, avec voix consultative :

<< 1o Une personne désignée par l'Union nationale des associations familiales ;

<< 2o Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret. >>

<< Art. L. 223-3. - La Caisse nationale des allocations familiales est administrée par un conseil d'administration de trente-cinq membres comprenant :

<< 1o Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Treize représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

<< - dix représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< - trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ;

<< 3o Cinq représentants des associations familiales désignés par l'Union nationale des associations familiales ;

<< 4o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'allocations familiales désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

<< Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret. >>

<< Art. L. 225-3. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est administrée par un conseil d'administration de trente membres comprenant :

<< 1o Treize représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Treize représentants des employeurs et des travailleurs indépendants à raison de :

<< - dix représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< - trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ;

<< 3o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des unions de recouvrement et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

<< Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

<< Art. L. 752-6. - Chaque caisse générale de sécurité sociale des départements d'outre-mer est administrée par un conseil d'administration de vingt-cinq membres comprenant :

<< 1o Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

<< - cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< - trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou les organisations professionnelles des travailleurs indépendants les plus représentatives au plan national ;

<< 3o Trois représentants des exploitants agricoles désignés par les organisations professionnelles nationales représentatives ;

<< 4o Deux représentants désignés par la Fédération nationale de la mutualité française ;

<< 5o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses générales de sécurité sociale et désignées par l'autorité compétente de l'Etat, dont au moins un représentant des retraités.

<< Siègent également, avec voix consultative :

<< 1o Un représentant des associations familiales désigné par l'union départementale des associations familiales territorialement compétente dans la circonscription de la caisse ;

<< 2o Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

<< Art. L. 752-9. - Chaque caisse d'allocations familiales des départements d'outre-mer est administrée par un conseil d'administration de vingt-six membres comprenant :

<< 1o Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

<< 2o Huit représentants des employeurs et travailleurs indépendants à raison de :

<< - cinq représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

<< - trois représentants des travailleurs indépendants désignés par les institutions ou organisations professionnelles des travailleurs indépendants représentatives sur le plan national ;

<< 3o Trois représentants des exploitants agricoles désignés par les organisations professionnelles nationales représentatives ;

<< 4o Trois représentants des associations familiales désignés par l'union départementale des associations familiales territorialement compétente ;

<< 5o Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'allocations familiales et désignées par l'autorité compétente de l'Etat.

<< Siègent également, avec voix consultative, trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.. >>

Art. 7. - I. - Les articles L. 215-8 et L. 224-2 et le chapitre 4 du titre Ier du livre II du code de la sécurité sociale sont abrogés.

II. - L'article L. 217-3 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 217-3. - Des décrets fixent, en tant que de besoin, les dispositions d'application des articles L. 211-2, L. 212-2, L. 213-2, L. 215-2, L. 215-3 et L. 215-7. >>

III. - L'article L. 224-6 du même code est abrogé.

IV. - La sous-section 1 de la section 1 du chapitre 1er du titre III du livre II du même code est complétée par un article L. 231-5-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 231-5-1. - Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3 et L. 225-3. >>

V. - La section 5 du chapitre 2 du titre V du livre VII du même code est complétée par un article L. 752-14 ainsi rédigé :

<< Art. L. 752-14. - Des décrets fixent, en tant que de besoin, les modalités d'application des articles L. 752-6 et L. 752-9. >>

Chapitre II

Dispositions relatives aux administrateurs

Art. 8. - Au premier alinéa de l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, les mots << six ans >> sont remplacés par les mots << cinq ans >>.

Art. 9. - L'article L. 231-3 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 231-3. - I. - Chaque organisation ayant désigné un ou plusieurs représentants au conseil d'administration des organismes de sécurité sociale mentionnés aux titres Ier et II du présent livre désigne un nombre égal d'administrateurs suppléants.

<< Les suppléants sont appelés à siéger au conseil d'administration en l'absence des titulaires et à remplacer ceux dont le siège deviendrait vacant. Le nombre de suppléants est égal au nombre de titulaires. Lorsque le siège d'un de ses représentants titulaire ou suppléant devient vacant, l'organisation nationale concernée désigne un ou plusieurs nouveaux représentants. Ces nouveaux représentants siègent jusqu'au renouvellement suivant de l'ensemble des conseils d'administration.

<< II. - Les fonctions de suppléant des représentants du personnel sont exercées par les candidats venant sur la liste immédiatement après le dernier candidat élu de cette liste. >>

Art. 10. - A l'article L. 231-4 du même code, les mots : << son élection >> sont remplacés par les mots << sa désignation >> et les mots << à de nouvelles élections ou >> sont supprimés.

Art. 11. - I. - L'intitulé de la sous-section 2 de la section 1 du chapitre 1er du titre III du livre II du code de la sécurité sociale est remplacé par l'intitulé suivant :

<< Sous-section 2

<< Règles applicables pour la désignation des administrateurs >>

II. - L'article L. 231-6 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 231-6. - Les membres des conseils d'administration doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de soixante-cinq ans au plus à la date de leur nomination, n'avoir fait l'objet d'aucune des condamnations mentionnées aux articles L. 6 et L. 7 du code électoral et ne pas avoir fait l'objet d'une condamnation à une peine correctionnelle prononcée en application des dispositions du code de la sécurité sociale ou dans les cinq années précédant la date susmentionnée à une peine contraventionnelle prononcée en application de ce code.

<< Toutefois la limite d'âge de soixante-cinq ans n'est pas applicable aux administrateurs représentants des retraités désignés au titre des personnes qualifiées. >>

III. - A titre transitoire, la limite d'âge de soixante-cinq ans fixée au premier alinéa de l'article L. 231-6 du code de la sécurité sociale est portée à soixante-sept ans au plus, pour les membres désignés lors du prochain renouvellement des conseils d'administration.

IV. - Il est inséré, après l'article L. 231-6, un article L. 231-6-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 231-6-1. - Ne peuvent être désignés comme administrateur ou perdent le bénéfice de leur mandat :

<< 1o Les assurés volontaires, les assurés personnels, les employeurs et les travailleurs indépendants qui n'ont pas satisfait à leurs obligations à l'égard des organismes de recouvrement de sécurité sociale dont ils relèvent ;

<< 2o Les membres du personnel des organismes du régime général de sécurité sociale, de leurs unions, fédérations ou de leurs établissements, ainsi que les anciens membres qui ont cessé leur activité depuis moins de cinq ans, s'ils exerçaient une fonction de direction dans la branche pour laquelle ils sollicitent un mandat, ou qui ont fait l'objet depuis moins de dix ans d'un licenciement pour motif disciplinaire ;

<< 3o Au conseil d'administration de la caisse primaire d'assurance maladie, les agents des sections locales de la caisse dont ils assurent une partie des attributions ;

<< 4o Les agents exerçant effectivement, ou ayant cessé d'exercer depuis moins de cinq ans, dans le cadre de leurs attributions, des fonctions de contrôle ou de tutelle sur l'organisme concerné ;

<< 5o Dans le ressort de l'organisme de sécurité sociale :

<< a) Pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les caisses régionales d'assurance maladie et les caisses primaires d'assurance maladie :

<< - les personnes qui exercent des fonctions de direction dans un établissement public de santé ou des fonctions de direction ou un mandat d'administrateur dans un établissement de santé privé à but lucratif ou non lucratif ;

<< - les personnes qui produisent, offrent ou délivrent des soins, des biens ou des services médicaux donnant lieu à prise en charge par l'assurance maladie, ainsi que les mandataires d'organisations représentant les professions de ces personnes ;

<< b) Les personnes, salariées ou non, exerçant les fonctions d'administrateur, de directeur ou de gérant d'une entreprise, institution ou association à but lucratif, qui bénéficient d'un concours financier de la part de l'organisme de sécurité sociale, ou qui participent à la prestation de travaux, de fournitures ou de services ou à l'exécution de contrats d'assurance, de bail ou de location ;

<< c) Les personnes qui perçoivent, à quelque titre que ce soit, des honoraires de la part d'un organisme du régime général de sécurité sociale ;

<< d) Les personnes qui, dans l'exercice de leur activité professionnelle, plaident, consultent pour ou contre l'organisme où elles siègent, ou effectuent des expertises pour l'application de la législation de sécurité sociale à des ressortissants dudit organisme.

<< Perdent également le bénéfice de leur mandat :

<< 1o Les personnes qui cessent d'appartenir à l'organisation qui a procédé à leur désignation au sein d'un conseil d'administration ;

<< 2o Les personnes dont le remplacement est demandé par l'organisation qui a procédé à leur désignation. >>

Art. 12. - I. - Le troisième alinéa de l'article L. 611-12 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Les dispositions de l'article L. 231-6 et de l'article L. 231-6-1, à l'exclusion de son 5o, a, valent conditions d'éligibilité et d'inéligibilité pour les élections des administrateurs des caisses mutuelles régionales. >>

II. - La sous-section 2 de la section 1 du chapitre 3 du titre III du livre VI du même code est complétée par un article L. 633-7-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 633-7-1. - Les dispositions des articles L. 231-6 et L. 231-6-1 valent conditions d'éligibilité et d'inéligibilité pour les élections des administrateurs des caisses locales. Les dispositions de l'article L. 637-1 s'appliquent également pour ces élections. >>

III. - Au premier alinéa de l'article L. 637-1 du même code, les mots : << Les personnes condamnées en application de l'alinéa précédent >> sont remplacés par les mots : << Les personnes condamnées en application de l'article L. 652-7 >>.

IV. - Le deuxième alinéa de l'article L. 766-6 du même code est remplacé comme suit :

<< Les dispositions des articles L. 231-6 et L. 231-6-1 valent conditions d'éligibilité et d'inéligibilité pour l'élection des administrateurs. >>

Art. 13. - L'article L. 231-7 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 231-7. - Le président et, le cas échéant, le ou les vice-présidents de chacun des conseils d'administration des caisses locales, des caisses régionales et des organismes nationaux du régime général de sécurité sociale sont élus par les membres du conseil d'administration.

<< Les personnes qualifiées ne sont ni électeurs ni éligibles aux fonctions de président et de vice-président.

<< La durée du mandat du président est fixée à cinq ans renouvelable une fois. >>

Art. 14. - I. - Les dispositions des articles 6 à 13 s'appliquent à compter du prochain renouvellement des membres des conseils d'administration.

II. - Le 1^o de l'article 5 de la loi no 90-1068 du 28 novembre 1990 modifiant les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux conseils d'administration des organismes du régime général de sécurité sociale et à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et portant dispositions transitoires est complété par la phrase suivante :

<< Toutefois, les mandats des membres des conseils d'administration des organismes visés aux articles L. 221-3, L. 222-5, L. 223-3 et L. 225-3 du même code prennent fin le 15 juillet 1996. >>

III. - Sous réserve des dispositions des articles L. 231-4 et L. 281-3 du code de la sécurité sociale, les mandats de l'ensemble des administrateurs des organismes locaux, régionaux et nationaux du régime général de sécurité sociale expireront, à l'issue du prochain renouvellement des conseils d'administration concernés, à la date du 30 septembre 2001.

Chapitre III

Attributions des conseils d'administration

des organismes nationaux et locaux

Art. 15. - L'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1^o La première phrase du premier alinéa est complétée par le membre de phrase suivant : << et notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale. >> ;

2^o Il est inséré, après le premier alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

<< Le conseil d'administration de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut recevoir délégation des conseils des caisses nationales et de la commission prévue à l'article L. 221-4 pour examiner tout projet de texte relatif aux ressources du régime général. >> ;

3^o Il est inséré, avant l'avant-dernier alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

<< Les conseils d'administration des caisses nationales, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et la commission visée à l'article L. 221-4 peuvent faire toutes propositions de

modification législative ou réglementaire dans leur domaine de compétence. Les propositions de nature législative sont transmises au Parlement et au conseil de surveillance. Le Gouvernement fait connaître dans un délai d'un mois les suites qu'il réserve aux propositions de nature réglementaire. >>

Art. 16. - Après l'article L. 211-2 du même code, il est inséré un article L. 211-2-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 211-2-1. - Les conseils d'administration des caisses primaires d'assurance maladie arrêtent chaque année, sur proposition du directeur, un plan d'action en matière de gestion du risque maladie. Ce plan détermine notamment, au vu des objectifs nationaux et régionaux et des évaluations des actions poursuivies les années précédentes, les actions à mener de façon coordonnée par les services administratifs de la caisse et l'échelon local du contrôle médical et, en tant que de besoin, les modalités de cette coordination. >>

Art. 17. - Après l'article L. 231-8 du même code, il est inséré un article L. 231-8-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 231-8-1. - Le conseil d'administration règle par ses délibérations les affaires de l'organisme, à l'exception de celles déléguées par lui-même ou les caisses nationales à une union ou à un groupement d'organismes.

<< Il oriente et contrôle l'activité de la caisse, en se prononçant notamment sur les rapports qui lui sont soumis par le directeur dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. Ces rapports comprennent au moins un rapport sur les relations avec les usagers et, à l'exception des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, un rapport sur l'action sanitaire et sociale. Au moins une séance annuelle du conseil d'administration est consacrée aux relations de la caisse avec les usagers. Cette séance est publique.

<< Le conseil d'administration peut entendre toute personne ou organisation utile à son action. Le conseil d'administration des caisses primaires d'assurance maladie entend au moins deux fois par an les représentants des professions de santé. >>

TITRE III

LES CONSEILS DE SURVEILLANCE

Art. 18. - I. - Il est ajouté au titre II du livre II du code de la sécurité sociale (première partie Législative) un chapitre 8 ainsi rédigé

<< Chapitre 8

<< Conseils de surveillance

<< Art. L. 228-1. - Il est institué respectivement auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale un conseil de surveillance composé de représentants du Parlement et de représentants des collectivités locales, ainsi que, selon l'organisme national, des retraités, des familles, des handicapés et accidentés du travail et des organisations oeuvrant dans le domaine économique et social et en faveur des populations les plus démunies ainsi que de personnalités qualifiées. Le conseil de surveillance institué auprès de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés est en outre composé de représentants des professions et établissements de santé.

<< Les membres du conseil de surveillance sont désignés pour une durée de cinq ans.

<< Le conseil de surveillance élabore son règlement intérieur. Le président du conseil de surveillance est un membre du Parlement désigné d'un commun accord par les deux Assemblées. Le président de chaque caisse nationale et de l'agence centrale, ainsi que le directeur de chaque organisme national assistent avec voix délibérative à ses délibérations. Un représentant du ministre chargé de la sécurité sociale assiste aux réunions.

<< Le conseil de surveillance se réunit au moins deux fois par an pour examiner les conditions de mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion visées aux articles L. 227-1 et suivants. Il examine un rapport à cet effet présenté par les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son président remet un avis au Parlement sur la mise en oeuvre des conventions d'objectifs et de gestion. Il fixe l'ordre du jour du conseil de surveillance.

<< Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. >>

II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du prochain renouvellement des membres des conseils d'administration des organismes nationaux du régime général de la sécurité sociale.

III. - Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 228-1 du code de la sécurité sociale, l'ensemble des premiers mandats des membres des conseils de surveillance institués par ce même article expireront le 30 septembre 2001.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DIRECTEURS

DES ORGANISMES DE SECURITE SOCIALE

Art. 19. - L'article L. 122-1 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1o Le troisième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

<< Le directeur décide des actions en justice à intenter au nom de l'organisme dans les matières concernant les rapports dudit organisme avec les bénéficiaires des prestations, les cotisants, les producteurs de biens et services médicaux et les établissements de santé, ainsi qu'avec son personnel, à l'exception du directeur lui-même. Dans les autres matières, il peut recevoir délégation permanente du conseil d'administration pour agir en justice. Il informe périodiquement le conseil d'administration des actions qu'il a engagées, de leur déroulement et de leurs suites.

<< Le directeur représente l'organisme en justice et dans tous les actes de la vie civile. Il peut donner mandat à cet effet à certains agents de son organisme ou à un agent d'un autre organisme de sécurité sociale. >> ;

2o Le dernier alinéa est modifié comme suit :

a) Les mots : << Les dispositions du troisième alinéa >> sont remplacés par les mots : << Les dispositions des troisième et quatrième alinéas >> ;

b) Le 3o est abrogé ;

c) Les 4o et 5o deviennent respectivement 3o et 4o.

Art. 20. - I. - Le chapitre 7 du titre Ier du livre II du code de la sécurité sociale (première partie : Législative) est modifié ainsi qu'il suit :

1o La section 4 et l'article L. 217-3 deviennent respectivement la section 5 et l'article L. 217-8 ;

2o Il est inséré une section 4 ainsi rédigée :

<< Section 4

<< Dispositions relatives aux agents de direction

<< Art. L. 217-3. - Les directeurs et les agents comptables des organismes régionaux et locaux sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

<< Pour chaque nomination, le directeur de l'organisme national concerné propose au conseil d'administration de l'organisme régional ou local une liste de trois noms établie après avis du comité des carrières, institué à l'article L. 217-5. Le conseil d'administration choisit sur cette liste, à la majorité de ses membres, le candidat dont il propose la nomination. Le directeur de l'organisme national procède en conséquence à ladite nomination.

<< Si le conseil d'administration ne propose aucun des trois candidats figurant sur la liste susmentionnée dans un délai déterminé par décret, le directeur de la caisse nationale nomme l'un de ces candidats.

<< Il peut être mis fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables mentionnés au premier alinéa du présent article pour un motif tiré de l'intérêt du service par le directeur de la caisse nationale concernée après avis du conseil d'administration de la caisse locale concernée et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. La décision du directeur devient exécutoire à l'expiration d'un délai d'un mois pendant lequel le conseil d'administration de la caisse locale concernée peut s'y opposer par un vote à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

<< Les directeurs et les agents comptables sont salariés des organismes dans lesquels ils exercent leurs fonctions.

<< Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

<< Art. L. 217-4. - Pour les organismes régionaux et locaux entrant dans le champ de compétence de plusieurs organismes nationaux et pour les postes de directeurs et d'agents comptables régionaux et locaux communs à plusieurs organismes nationaux, les compétences du directeur d'un organisme national définies à l'article L. 217-3 sont exercées conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées.

<< Art. L. 217-5. - Il est institué auprès de l'Union des caisses nationales, visée à l'article L. 224-5, un comité des carrières des agents de direction.

<< Ce comité est présidé par un membre de l'inspection générale des affaires sociales.

<< Le comité des carrières émet un avis motivé sur les nominations des directeurs et des agents comptables dans les conditions prévues à l'article L. 217-3.

<< Dans le respect des dispositions réglementaires et conventionnelles en vigueur, le comité a pour mission de veiller à l'évolution des carrières des directeurs et des autres agents de direction et notamment à la mobilité des directeurs entre les caisses et entre les différentes branches et organismes de recouvrement du régime général.

<< Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

<< Art. L. 217-6. - Les directeurs des organismes auxquels s'appliquent les dispositions du présent titre proposent aux conseils d'administration la nomination des agents de direction autres que l'agent comptable parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

<< Art. L. 217-7. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 434-2 du code du travail, la présidence des comités d'entreprise des organismes régionaux et locaux de sécurité sociale est assurée par le directeur. >>

II. - Les dispositions des articles L. 217-3, L. 217-4 et L. 217-5 du code de la sécurité sociale sont applicables aux directeurs et aux agents comptables des organismes régionaux et locaux nommés à compter du 1er octobre 1996.

Art. 21. - I. - Au titre II du livre II du code de la sécurité sociale (première partie Législative), il est inséré un chapitre 6 ainsi rédigé

<< Chapitre 6

<< Dispositions relatives aux agents de direction des organismes nationaux

<< Art. L. 226-1. - Le directeur de chaque caisse nationale et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est nommé par l'autorité compétente de l'Etat après avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné. >>

TITRE V

DES UNIONS REGIONALES

DES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Art. 22. - I. - Le titre VIII du livre Ier du code de la sécurité sociale (première partie Législative) est modifié ainsi qu'il suit

1o Le chapitre 3 devient le chapitre 4 et l'article L. 183-1 du code devient l'article L. 184-1 ;

2o Il est inséré un chapitre 3 ainsi rédigé :

<< Chapitre 3

<< Unions régionales des caisses d'assurance maladie

<< Art. L. 183-1. - Il est créé, dans chaque région et dans la collectivité territoriale de la Corse, une union régionale des caisses des régimes obligatoires de base d'assurance maladie.

<< Dans les départements d'outre-mer, les caisses générales de sécurité sociale reçoivent les compétences des unions régionales des caisses d'assurance maladie.

<< L'union régionale des caisses d'assurance maladie est chargée, dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale et des conventions d'objectifs et de gestion mentionnées à l'article L. 227-1, de définir dans son ressort territorial une politique commune de gestion du risque, notamment dans le domaine des dépenses de soins de ville, et de veiller à sa mise en oeuvre.

<< A cette fin, elle détermine les actions prioritaires à mener, émet un avis sur les plans d'action des caisses des différents régimes, procède à leur suivi et à leur évaluation. Elle peut faire en tant que de besoin des recommandations visant à une plus grande efficacité et à une meilleure cohérence des actions menées par les différents régimes au plan local.

<< Elle dispose du concours des services de l'échelon régional du contrôle médical du régime général. Elle coordonne l'activité des services du contrôle médical, au plan régional et local, de l'ensemble des régimes.

<< Elle peut être chargée de la mise en oeuvre dans le cadre régional des dispositifs de régulation prévus par la convention mentionnée à l'article L. 162-5-2 ou ses annexes.

<< Elle contribue à la mise en oeuvre par chacune des caisses des actions de prévention et d'éducation sanitaire nécessaires au respect des priorités de santé publique arrêtées au niveau régional.

<< Elle mène avec les unions des médecins exerçant à titre libéral toutes les études utiles à la mise en oeuvre de ses attributions, notamment en matière d'évaluation des besoins médicaux, d'évaluation des comportements et des pratiques professionnelles et d'organisation et de régulation du système de santé.

<< Art. L. 183-2. - Le conseil d'administration de l'union est composé de représentants des régimes de base obligatoire d'assurance maladie ayant une représentation territoriale dans la région considérée.

<< Il est composé :

<< - d'une part, pour au moins deux tiers, d'administrateurs des caisses primaires d'assurance maladie du régime général associant à parité des représentants des assurés sociaux et des représentants des employeurs, ainsi que des représentants de la Fédération nationale de la mutualité française, désignés dans des conditions fixées par décret ;

<< - d'autre part, d'administrateurs des caisses d'assurance maladie des autres régimes.

<< Un décret fixe les conditions de participation aux unions régionales des caisses d'assurance maladie d'Alsace et de Lorraine d'administrateurs de l'instance gestionnaire visée à l'article L. 181-1.

<< Le nombre total de sièges et leur répartition entre régimes sont fixés pour chaque union par arrêté de l'autorité compétente de l'Etat.

<< Siège également, avec voix consultative, un représentant du personnel de l'union élu dans des conditions fixées par décret.

<< Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation assiste aux délibérations du conseil d'administration de l'union.

<< Art. L. 183-3. - Les directeurs et les agents comptables des unions régionales des caisses d'assurance maladie sont nommés parmi les personnes inscrites sur une liste d'aptitude établie dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

<< Pour chaque nomination, le directeur de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés propose au conseil d'administration de l'union une liste de trois noms. Le conseil d'administration choisit sur cette liste, à la majorité de ses membres, le candidat dont il propose la nomination. Le directeur de la caisse nationale procède en conséquence à ladite nomination.

<< Si le conseil d'administration ne propose aucun des trois candidats figurant sur la liste susmentionnée dans un délai déterminé par décret, le directeur de la caisse nationale nomme l'un de ces candidats.

<< Il peut être mis fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables mentionnés au premier alinéa du présent article pour un motif tiré de l'intérêt du service par le directeur de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés après avis du conseil d'administration de l'union régionale concernée, et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. La décision du directeur devient exécutoire à l'expiration d'un délai d'un mois pendant lequel le conseil d'administration de l'union régionale concernée peut s'y opposer par un vote à la majorité des deux tiers des suffrages exprimés.

<< Les directeurs et les agents comptables sont salariés de l'union dans laquelle ils exercent leurs fonctions.

<< Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

<< Art. L. 183-4. - Sous réserve des dispositions du présent chapitre, les unions régionales des caisses d'assurance maladie sont régies par les dispositions du livre II du présent code. >>

II. - L'article L. 752-4 du code de la sécurité sociale est complété comme suit :

<< 7o D'exercer les fonctions dévolues en métropole aux unions régionales des caisses d'assurance maladie. >>

III. - Les unions régionales des caisses d'assurance maladie prévues par l'article L. 183-1 du code de la sécurité sociale sont créées avant le 1er janvier 1998.

Art. 23. - A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 151-1 du même code, les mots : << les conditions d'application du présent article aux régimes spéciaux >> sont remplacés par les mots : << les conditions d'application du présent article aux unions régionales des caisses d'assurance maladie, aux régimes spéciaux >>.

TITRE VI

DISPOSITIONS RELATIVES A L'AMELIORATION

DU RESEAU DES CAISSES LOCALES

Art. 24. - I. - Les articles L. 216-2 et L. 216-3 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 216-2. - Dans chaque département où existent plusieurs caisses primaires d'assurance maladie, plusieurs caisses d'allocations familiales ou plusieurs unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, le conseil d'administration de la caisse nationale compétente ou celui de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut désigner parmi elles une caisse ou une union habilitée à assumer des missions communes.

<< Dans les départements comportant plus de trois organismes de même nature, l'habilitation prévue ci-dessus peut être accordée à plusieurs caisses ou unions.

<< Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

<< Art. L. 216-3. - Les organismes locaux et régionaux du régime général peuvent se grouper en unions ou fédérations en vue de créer des oeuvres et des services communs ou d'assumer des missions communes.

<< Les unions ou fédérations ne sont autorisées à fonctionner qu'après approbation de leurs statuts par l'autorité compétente de l'Etat.

<< Les unions ou fédérations sont constituées et fonctionnent dans les conditions fixées à l'article L. 216-1. >>

II. - Les articles L. 216-4, L. 216-4-1 et L. 216-5 du même code sont abrogés.

III. - A l'article L. 752-1 du même code, les termes : << L. 216-5 >> sont supprimés aux deuxième et troisième alinéas.

Art. 25. - Le Premier ministre, le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation, le ministre délégué à l'outre-mer, le ministre délégué au budget, porte-parole du Gouvernement, et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance, qui sera publiée au Journal officiel de la République française.

Ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins

TITRE Ier

CONFERENCES NATIONALE

Art. 1er. - Au livre VIII du code de la santé publique, est inséré un chapitre préliminaire ainsi rédigé :

<< Chapitre préliminaire

<< Conférences nationale et régionales de santé

<< Art. L. 766. - Le ministre chargé de la santé réunit chaque année une Conférence nationale de santé. Cette conférence a notamment pour objet :

<< a) D'analyser les données relatives à la situation sanitaire de la population ainsi que l'évolution des besoins de santé de celle-ci ;

<< b) De proposer les priorités de la politique de santé publique et des orientations pour la prise en charge des soins compte tenu de l'évolution des techniques préventives, diagnostiques et thérapeutiques.

<< La Conférence nationale de santé est composée notamment de représentants des professionnels, institutions et établissements de santé et de représentants des conférences régionales de santé.

<< La Conférence nationale de santé est destinataire d'un rapport du Haut Comité de la santé publique ; elle fait appel, en tant que de besoin, aux services, organismes et personnes compétents en matière de santé ; elle consulte les organismes qui assurent le remboursement des dépenses de soins.

<< Ses analyses et propositions font l'objet d'un rapport au Gouvernement dont il est tenu compte pour l'élaboration du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Les rapports du Haut Comité de la santé publique et de la Conférence nationale de santé sont transmis au Parlement.

<< Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article.

<< Art. L. 767. - La conférence régionale de santé analyse l'évolution des besoins de santé et procède à l'examen des données relatives à la situation sanitaire et sociale de la population, propres à la région.

<< Elle établit les priorités de santé publique de la région qui peuvent faire l'objet de programmes dont l'élaboration et la mise en oeuvre sont coordonnées par le préfet de région.

<< Elle fait des propositions pour améliorer l'état de santé de la population au regard de l'ensemble des moyens de la région tant dans le domaine sanitaire que dans les domaines médico-social et social.

<< Le rapport de la conférence régionale est transmis à la Conférence nationale de santé, à l'agence régionale de l'hospitalisation, à l'union régionale des caisses d'assurance maladie et à l'union des médecins exerçant à titre libéral.

<< La conférence régionale de santé rassemble les représentants de l'Etat, des collectivités territoriales, des organismes d'assurance maladie, des professionnels du champ sanitaire et social, des institutions et établissements sanitaires et sociaux et des usagers.

<< Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application des dispositions du présent article. >>

TITRE II

FORMATION DES MEDECINS ET ADAPTATION

DE L'OFFRE DE SOINS DE VILLE

Chapitre 1er

Formation initiale des médecins

Art. 2. - I. - La loi du 12 novembre 1968 d'orientation de l'enseignement supérieur susvisée est modifiée ainsi qu'il suit :

1o Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article 46, les mots : << résidanat de deux ans >> sont remplacés par les mots : << résidanat de deux ans et demi >> ;

2o Au troisième alinéa de l'article 51, les mots : << les résidents exercent leurs fonctions durant un semestre dans les services d'un centre hospitalier régional faisant partie d'un centre hospitalier et

universitaire >> sont remplacés par les mots : << les résidents exercent leurs fonctions durant un semestre dans les services d'un centre hospitalier universitaire et pendant un autre semestre auprès de praticiens généralistes agréés >>.

II. - Les dispositions du I ci-dessus sont applicables aux étudiants accédant au troisième cycle des études médicales à compter de l'année universitaire 1996-1997.

III. - L'article L. 359-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 359-1. - Les étudiants de troisième cycle de médecine générale peuvent être autorisés à effectuer une partie de leurs stages pratiques auprès de praticiens généralistes agréés, dans des conditions fixées par décret. >>

Chapitre 2

Formation médicale continue

Art. 3. - I. - Au livre IV du code de la santé publique, titre Ier, chapitre Ier, section II, les paragraphes 3 et 4 deviennent respectivement les paragraphes 4 et 5.

II. - Il est inséré dans cette section II un paragraphe 3 ainsi rédigé :

<< Paragraphe 3

<< Règles relatives à la formation médicale continue

<< 1o Dispositions générales.

<< Art. L. 367-2. - L'entretien et le perfectionnement de ses connaissances constituent pour chaque médecin un devoir professionnel.

<< Tout médecin, qu'il exerce à titre libéral ou dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier, doit justifier du respect de cette obligation soit auprès du conseil régional de la formation médicale continue mentionné à l'article L. 367-5, soit auprès de la commission médicale d'établissement mentionnée à l'article L. 714-16 ou à l'article L. 715-8.

<< Ces organismes délivrent tous les cinq ans à chaque médecin, après examen de son dossier, une attestation dont ils transmettent un exemplaire au conseil départemental de l'ordre des médecins et, s'agissant des médecins exerçant à titre libéral, un exemplaire au service du contrôle médical de la caisse primaire d'assurance maladie du lieu d'exercice. Cette attestation peut, le cas échéant, être assortie d'observations et de recommandations.

<< La méconnaissance de cette obligation est de nature à entraîner des sanctions disciplinaires. Le conseil régional de la formation médicale continue et la commission médicale d'établissement saisissent à cet effet le conseil régional de l'ordre des médecins.

<< 2o Dispositions relatives à l'organisation de la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral.

<< Art. L. 367-3. - Il est institué un Conseil national de la formation médicale continue doté de la personnalité morale. Ce conseil est chargé :

<< 1o D'élaborer à l'échelon national la politique de formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral ; le conseil national arrête notamment la liste des thèmes nationaux prioritaires et recense les moyens de formation disponibles ;

<< 2o De répartir les ressources affectées à la formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral entre les actions à caractère national et les actions à caractère régional ;

<< 3o De valider, en fonction de leur valeur scientifique et pédagogique, les projets de formation médicale continue qui lui sont adressés, dans le respect des priorités nationales, par le fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral visé à l'article L. 367-7, à l'issue des appels d'offre gérés par cet organisme ; la liste des actions validées est portée à la connaissance du fonds d'assurance formation susmentionné par le conseil national.

<< Art. L. 367-4. - Le Conseil national de la formation médicale continue est composé :

<< 1o De représentants de l'ordre des médecins ;

<< 2o De représentants des unités de formation et de recherche de médecine ;

<< 3o De représentants des associations ou fédérations d'associations de formation médicale continue ;

<< 4o De représentants des unions des médecins exerçant à titre libéral mentionnées à l'article 5 de la loi no 93-8 du 4 janvier 1993.

<< La durée du mandat des membres du conseil national est de quatre ans. Un président et trois vice-présidents sont élus en leur sein par les membres du conseil.

<< Un représentant du ministre chargé de la santé, un représentant du ministre chargé de l'enseignement supérieur, un représentant de chacune des caisses nationales d'assurance maladie et un représentant du fonds d'assurance formation mentionné à l'article L. 367-7 participent avec voix consultative aux travaux du conseil national.

<< Art. L. 367-5. - Il est institué dans chaque région sanitaire un conseil régional de la formation médicale continue doté de la personnalité morale. Ce conseil est chargé :

<< 1o D'élaborer une politique régionale de formation médicale continue des médecins exerçant à titre libéral tenant compte des thèmes nationaux ; à cet effet, les conseils régionaux arrêtent notamment la liste des thèmes régionaux prioritaires et recensent l'ensemble des moyens de formation disponibles dans la région ;

<< 2o De valider, en fonction de leur valeur scientifique et pédagogique, les projets de formation médicale continue à caractère régional qui lui sont adressés par le fonds d'assurance formation à l'issue des appels d'offres gérés par cet organisme ; la liste des actions validées est portée à la connaissance du fonds d'assurance formation par le conseil régional ;

<< 3o De délivrer une attestation aux médecins qui ont satisfait à l'obligation de formation médicale continue ;

<< 4o D'évaluer, en liaison avec les unions des médecins exerçant à titre libéral, l'impact sur l'évolution des pratiques professionnelles des actions de formation validées.

<< Art. L. 367-6. - Les conseils régionaux de la formation médicale continue sont composés de représentants des catégories mentionnées au premier alinéa de l'article L. 367-4. Le préfet de région ou son représentant et un représentant des organismes d'assurance maladie désigné par chacune des caisses nationales d'assurance maladie participent à leurs travaux avec voix consultative.

<< Art. L. 367-7. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 961-10 du code du travail, il ne peut être habilité qu'un seul fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral.

<< Les statuts de ce fonds sont agréés par les ministres chargés de la formation professionnelle et de la santé. Par dérogation aux dispositions de l'article L. 961-9 du code du travail, ils doivent prévoir la présence au conseil de gestion de l'ensemble des syndicats représentatifs des médecins libéraux et, à titre consultatif, de représentants du Conseil national de la formation médicale continue.

<< Le ministre chargé de la santé désigne auprès du conseil de gestion un commissaire du Gouvernement.

<< Art. L. 367-8. - Les ressources du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral proviennent :

<< 1o Des cotisations versées par ces médecins en application des dispositions de l'article L. 953-1 du code du travail ;

<< 2o D'une contribution annuelle des organismes nationaux d'assurance maladie, dont le montant est fixé par les conventions prévues à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ; à défaut, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget fixent le montant de cette contribution après avis du conseil de gestion du fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral et du conseil d'administration de chaque organisme national d'assurance maladie ;

<< 3o De toutes autres ressources, et notamment de subventions versées par des organismes privés.

<< Art. L. 367-9. - Seules peuvent faire l'objet d'un financement par le fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral les actions de formation validées par le Conseil national ou les conseils régionaux de la formation médicale continue.

<< Art. L. 367-10. - Une contribution annuelle, destinée à assurer le fonctionnement du Conseil national de la formation médicale continue, lui est versée par le fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral. Une contribution destinée à assurer son fonctionnement est versée annuellement à chaque conseil régional de la formation médicale continue par l'union des médecins exerçant à titre libéral située dans le même ressort territorial. Un arrêté du ministre chargé de la santé fixe le montant de chacune de ces contributions.

<< Art. L. 367-11. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des articles L. 367-2 à L. 367-10, notamment la composition du Conseil national et des conseils régionaux de la formation médicale continue ainsi que les modalités du contrôle de l'Etat sur le fonds d'assurance formation. >>

III. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 1997.

A compter de cette date, les fonds confiés à l'Association pour la gestion de la contribution conventionnelle des médecins à la formation continue sont reversés au fonds d'assurance formation des médecins exerçant à titre libéral mentionné à l'article L. 367-7 du code de la santé publique.

Chapitre 3

Fonds de réorientation et de modernisation

de la médecine libérale

Art. 4. - Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale.

I. - Les ressources de ce fonds sont constituées :

1o A titre exceptionnel, par les économies ou recettes supplémentaires résultant pour l'assurance maladie d'une part de l'article 6 de l'ordonnance no 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale et d'autre part du décret no 95-1360 du 30 décembre 1995 relatif à la prise en charge par les caisses d'assurance maladie d'une partie de la cotisation d'allocations familiales due par certains médecins ;

2o Par le produit de la cotisation mentionnée au II de l'article 4 de la loi no 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale ;

3o Par toute autre ressource qui lui serait spécifiquement affectée par les parties conventionnelles ainsi que par toute recette prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.

II. - Le fonds a vocation :

1o D'une part à financer l'allocation de remplacement prévue par l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 susmentionnée ainsi que des aides de toute nature et des primes qui peuvent être modulées en fonction de critères d'âge, d'activité ou d'implantation géographique en vue de faciliter l'orientation, la réorientation, la reconversion ou la cessation anticipée d'activité des médecins exerçant à titre libéral ;

2o D'autre part à participer au financement des actions mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article 8 de la présente ordonnance, à destination des médecins libéraux.

Ces opérations sont retracées en deux sections distinctes. Les modalités de fonctionnement, de gestion du fonds et de participation des représentants des médecins à sa gestion sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

Chapitre 4

Incitation à la cessation anticipée d'activité

Art. 5. - I. - L'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 susvisée est modifié comme suit :

1o Le I est remplacé par les dispositions suivantes :

<< I. - Les médecins âgés de cinquante-sept ans au moins, relevant de l'un des régimes mentionnés aux articles L. 722-1 et L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale et qui cessent définitivement toute activité médicale non salariée avant le 31 décembre 1999, reçoivent, sur leur demande, une allocation visant à leur garantir, au plus tard jusqu'à leur soixante-cinquième anniversaire, un revenu de remplacement, à condition de ne pas bénéficier à la date de la demande d'allocation ou pendant son service :

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

<< 2o D'un avantage de retraite autre que celui mentionné au 1o d'un montant supérieur à un plafond fixé par la convention ou le décret mentionnés au III ;

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

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

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

<< L'allocation ne peut être cumulée avec les revenus d'une activité médicale salariée que dans la limite d'un plafond fixé par la convention ou le décret mentionnés au III et à la condition que cette activité :

<< a) Présente un caractère accessoire pour le praticien qui l'exerce à la date de la cessation définitive de son activité non salariée ;

<< b) Ne donne pas lieu à des actes ou des prescriptions de l'intéressé susceptibles d'entraîner des frais à la charge de l'assurance maladie si le praticien commence à exercer ladite activité postérieurement à la cessation définitive de son activité non salariée.

<< Le dépassement du plafond mentionné à l'alinéa précédent entraîne une réduction de l'allocation à due concurrence. >> ;

2o Au IV, les mots << le versement >> sont remplacés par les mots << la liquidation >> ;

3o Au VI, les mots : << prélevée par la Caisse autonome de retraite des médecins français et reversée par cette caisse audit régime >> sont supprimés.

II. - A titre exceptionnel, les médecins âgés de cinquante-six ans peuvent, jusqu'au 31 décembre 1997, bénéficier des dispositions du I du présent article.

III. - Les médecins qui bénéficient à la date d'entrée en vigueur de la présente ordonnance de l'allocation instituée par l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 susvisée restent régis par les dispositions de cet article, dans sa rédaction antérieure à sa modification par la présente ordonnance.

TITRE III

COORDINATION DES SOINS

Chapitre 1er

Filières et réseaux de soins

Art. 6. - Au livre Ier du code de la sécurité sociale, titre VI, chapitre 2, section 6, est inséré un article L. 162-31-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 162-31-1. - I. - Pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance no 96-345 du 24 avril 1996, des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.

<< Ces actions peuvent consister à mettre en oeuvre :

<< 1o Des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins ;

<< 2o Des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques ;

<< 3o Tous autres dispositifs répondant aux objectifs énoncés au premier alinéa.

<< Les projets d'expérimentation peuvent être présentés par toute personne physique ou morale. Ils sont agréés par l'autorité compétente de l'Etat, compte tenu de leur intérêt médical et économique, après avis d'un conseil d'orientation comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie ainsi que des professions et établissements de santé.

<< Les institutions mentionnées au 1o de l'article 1er de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales qui concourent à des actions médico-sociales de maintien à domicile peuvent participer à ces actions expérimentales.

<< II. - Pour la mise en oeuvre des actions décrites au I, il peut être dérogé aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

<< 1o Articles L. 162-5 et L. 162-5-2 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux ;

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

<< 3o Articles L. 321-1 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

<< 4o Articles L. 322-3 et L. 615-16 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

<< III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat. >>

Chapitre 2

Carnet de santé

Art. 7. - I. - Après l'article L. 162-1 du code de la sécurité sociale sont insérés, avant la section I, les articles L. 162-1-1 à L. 162-1-6 rédigés comme suit :

<< Art. L. 162-1-1. - Afin de favoriser la continuité des soins, tout bénéficiaire de l'assurance maladie âgé de plus de seize ans reçoit un carnet de santé qui lui est attribué gratuitement par les organismes d'assurance maladie. Ce carnet est détenu par le patient.

<< Art. L. 162-1-2. - Le carnet de santé ne peut être communiqué qu'aux médecins appelés à donner des soins au patient. Il peut également, avec l'accord du patient, pour ce qui les concerne, être présenté aux chirurgiens-dentistes et aux sages-femmes, ainsi qu'aux autres professions énumérées à l'article L. 162-1-6 dans les conditions prévues par cet article.

Le service du contrôle médical de l'organisme d'assurance maladie dont relève son titulaire peut, dans l'exercice de ses missions, en obtenir communication, afin de veiller à sa bonne tenue.

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

<< Quiconque aura obtenu ou tenté d'obtenir la communication du carnet de santé d'un patient en violation des dispositions du premier alinéa sera puni d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 100 000 F.

<< Art. L. 162-1-3. - Le patient est tenu, sauf cas de force majeure ou d'urgence, de présenter son carnet de santé à chaque médecin appelé à lui donner des soins.

<< Art. L. 162-1-4. - Les médecins appelés à donner des soins au patient doivent porter sur le carnet de santé, dans le respect des règles de déontologie qui leur sont applicables et, sauf opposition du patient, les constatations pertinentes pour le suivi médical du patient.

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

<< Art. L. 162-1-5. - Jusqu'à l'âge de seize ans, le carnet de santé prévu à l'article L. 163 du code de la santé publique est utilisé à la place du carnet mentionné à l'article L. 162-1-1.

<< Art. L. 162-1-6. - Le carnet de santé peut être porté sur le volet de la carte mentionnée à l'article L. 161-31 à partir d'une date arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le titulaire de la carte, ou le cas échéant son représentant légal, peut s'opposer à ce que certaines informations y soient mentionnées. Il peut obtenir, par l'intermédiaire d'un médecin, copie sur papier des informations de santé que le volet de santé contient. Certaines des catégories d'informations du volet de santé peuvent être rendues accessibles, dans l'intérêt du titulaire et dans la limite de leur compétence propre, aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes, pharmaciens, auxiliaires médicaux et

directeurs de laboratoire d'analyse de biologie médicale. Un décret en Conseil d'Etat pris après avis motivé et public du Conseil national de l'ordre des médecins précise la nature des informations portées sur le volet de santé et les conditions d'accès à celui-ci. >>

II. - Sont abrogés :

- 1o Le titre V du livre Ier du code de la santé publique ;
- 2o L'article L. 161-15-1 du code de la sécurité sociale ;
- 3o Le III de l'article 77 de la loi du 18 janvier 1994 susvisée.

TITRE IV

SYSTEMES D'INFORMATION DE L'ASSURANCE

MALADIE ET CARTES DE SANTE

Art. 8. - I. - Le 31 décembre 1998 au plus tard, les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou des prestations remboursables par l'assurance maladie et les organismes d'assurance maladie doivent être en mesure, chacun pour ce qui le concerne, d'émettre, de signer, de recevoir et de traiter des feuilles de soins électroniques ou documents assimilés conformes à la réglementation. A la même date, chaque professionnel concerné doit avoir reçu la carte électronique mentionnée à l'article L. 161-33 du code de la sécurité sociale. A la même date, tout bénéficiaire de l'assurance maladie doit avoir reçu la carte électronique individuelle visée au I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale ou, par dérogation, figurer en qualité d'ayant droit sur la carte électronique d'un assuré. Cette dérogation prend fin au 31 décembre 1999.

En vue de faciliter une généralisation rapide de l'usage des feuilles de soins électroniques, les organismes d'assurance maladie sont autorisés, jusqu'au 31 décembre 1997, à participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des professionnels dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie qui s'engagent à réaliser un taux significatif de télétransmission des documents nécessaires au remboursement, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

II. - Au livre Ier, titre VI, chapitre Ier, du code de la sécurité sociale,

la section 4 est intitulée : << Systèmes d'information de l'assurance maladie et cartes de santé >>.

III. - Le premier alinéa de l'article L. 161-29 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Dans l'intérêt de la santé publique et en vue de contribuer à la maîtrise des dépenses d'assurance maladie, les professionnels et les organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie à des assurés sociaux ou leurs ayants droit communiquent aux organismes d'assurance maladie concernés le numéro de code des actes effectués, des prestations servies à ces assurés sociaux ou à leurs ayants droit et des pathologies diagnostiquées. Les documents prévus au premier alinéa de l'article L. 161-33 doivent comporter l'ensemble de ces informations. >>

IV. - La section 4 du chapitre Ier du livre Ier du même code est complétée par les articles L. 161-31 à L. 161-35, ainsi rédigés :

<< Art. L. 161-31. - I. - Les organismes d'assurance maladie délivrent une carte électronique individuelle inter-régimes à tout bénéficiaire de l'assurance maladie. Le contenu de la carte, les modalités d'identification de son titulaire et ses modes de délivrance, de renouvellement, de mise à jour et d'utilisation sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

<< II. - Cette carte comporte un volet médical destiné à recevoir les informations pertinentes nécessaires à la continuité et à la coordination des soins mentionnées à l'article L. 162-1-4.

<< Art. L. 161-32. - Il est créé un répertoire national inter-régimes des bénéficiaires de l'assurance maladie, comportant les informations nécessaires au rattachement de chaque bénéficiaire à l'organisme d'assurance maladie auquel il est affilié et, éventuellement, à un organisme complémentaire de son choix.

<< Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'Etat, après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

<< Art. L. 161-33. - L'ouverture du droit aux prestations de l'assurance maladie est subordonnée à la production de documents dont le contenu, le support ainsi que les conditions et délais de transmission à la caisse du bénéficiaire sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

<< Si le bénéficiaire, ayant reçu du professionnel, de l'organisme ou de l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, les documents nécessaires à la constatation des soins ou d'une incapacité de travail les transmet à la caisse hors du délai prévu, il encourt une sanction fixée par voie réglementaire, pouvant aller jusqu'à la déchéance du droit aux prestations pour la période pendant laquelle le contrôle de celles-ci aurait été rendu impossible.

<< En cas de transmission électronique, si le professionnel, l'organisme ou l'établissement dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie est responsable d'un défaut de transmission à la caisse du bénéficiaire de documents mentionnés à l'alinéa précédent ou s'il les a transmis hors du délai prévu, et sans préjudice d'éventuelles sanctions prévues par les conventions nationales mentionnées au chapitre 2 du présent titre, la caisse peut exiger du professionnel ou de l'organisme concerné la restitution de tout ou partie des prestations servies à l'assuré. Pour son recouvrement, cette restitution est assimilée à une cotisation de sécurité sociale.

<< Dans le cas de transmission électronique par les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, l'identification de l'émetteur, son authentification et la sécurisation des échanges sont assurées par une carte électronique individuelle, appelée carte de professionnel de santé. Le contenu, les modalités de délivrance et d'utilisation de cette carte sont fixés par décret en Conseil d'Etat après avis de la Commission nationale Informatique et libertés.

<< Art. L. 161-34. - Les conventions nationales, contrats nationaux, ou les dispositions applicables en l'absence de convention ou de contrat, mentionnés au chapitre 2 du présent titre et, pour les pharmaciens d'officine, une convention nationale spécifique approuvée par arrêté interministériel précisent, pour chaque profession ou établissement concernés et en complément des dispositions de l'article L. 161-33, les modalités de transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge et les sanctions en cas de non-respect de ces modalités. A défaut, ces modalités et ces sanctions sont arrêtées par le ministre chargé de la sécurité sociale.

<< Art. L. 161-35. - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 161-33, les professionnels, organismes ou établissements dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie, qui n'assurent pas une transmission électronique, acquittent une contribution forfaitaire aux frais de gestion. Un arrêté fixe pour chaque profession son montant par feuille de soins papier ou autre document papier servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou de prestations remboursables au titre de l'assurance maladie. Cette somme, assimilée pour son recouvrement à une cotisation de sécurité sociale, est versée à l'organisme qui fournit lesdits documents.

<< Les dispositions du présent article entreront en vigueur à compter du 1er janvier 2000. >>

V. - La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 321-2 du code de la sécurité sociale ainsi que le deuxième alinéa de l'article L. 162-3 et le troisième alinéa de l'article L. 162-36 du même code sont abrogés.

Art. 9. - Est inséré au livre IV du code de la santé publique au titre Ier, chapitre Ier, un article L. 365-2 ainsi rédigé :

<< Art. L. 365-2. - Sans préjudice des dispositions de la loi no 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, sont interdites la constitution et l'utilisation à des fins de prospection ou de promotion commerciales de fichiers composés à partir de données issues directement ou indirectement des prescriptions médicales ou des informations médicales mentionnées à l'article L. 161-29 du code de la sécurité sociale, dès lors que ces fichiers permettent d'identifier directement ou indirectement le professionnel prescripteur.

<< Les infractions au présent article sont punies d'une amende de 500 000 F et d'un emprisonnement de deux ans. >>

TITRE V

CONTROLE MEDICAL,

INSTANCES ET PROCEDURES CONTENTIEUSES

Chapitre 1er

Contrôle médical

Art. 10. - L'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 315-1. - I. - Le contrôle médical porte sur tous les éléments d'ordre médical qui commandent l'attribution et le service de l'ensemble des prestations de l'assurance maladie, maternité et invalidité.

<< II. - Le service du contrôle médical constate les abus en matière de soins, de prescription d'arrêt de travail et d'application de la tarification des actes et autres prestations.

<< III. - Le service du contrôle médical procède à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des établissements de santé mentionnés aux articles L. 162-29 et L. 162-29-1 dans lesquels sont admis des bénéficiaires de l'assurance maladie.

<< IV. - Il procède également à l'analyse, sur le plan médical, de l'activité des professionnels de santé dispensant des soins aux bénéficiaires de l'assurance maladie, notamment au regard des règles définies par les conventions qui régissent leurs relations avec les organismes d'assurance maladie ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement mentionné à l'article L. 162-5-9.

<< Par l'ensemble des actions mentionnées au présent article, le service du contrôle médical concourt, dans les conditions prévues aux articles L. 183-1, L. 211-2-1 et au 5o de l'article L. 221-1, à la gestion du risque assurée par les caisses d'assurance maladie. >>

Art. 11. - Après l'article L. 315-1 du même code sont insérés les articles L. 315-2 et L. 315-3 ainsi rédigés :

<< Art. L. 315-2. - Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.

<< Si, indépendamment des dispositions particulières qui subordonnent le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable de l'organisme de prise en charge, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée à l'article L. 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré, en suspend le service. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.

<< Art. L. 315-3. - En cas de non-respect des règles d'établissement des feuilles de soins et des ordonnances destinées aux assurés reconnus atteints d'affections relevant des dispositions de l'article L. 324-1, en cas de non-respect des règles de prescription de médicaments définies à l'article L. 162-4,

de non-respect des conditions de prise en charge des frais de transport visés au 2o de l'article L. 321-1 ou de non-respect des conditions prévues pour l'attribution des indemnités visées au 5o du même article, le service du contrôle médical saisit un comité médical régional composé de deux représentants désignés en son sein par la section correspondante de l'union des médecins exerçant à titre libéral, de deux médecins conseils désignés par le service régional du contrôle médical et du médecin inspecteur régional, ou de son représentant, qui en assure la présidence. Ce comité se prononce sur la matérialité des faits et les sanctions financières susceptibles d'être prises à l'encontre de l'auteur des actes ou des prescriptions irrégulières, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

<< L'avis rendu par le comité médical s'impose à la caisse et au professionnel concerné. Le montant des sanctions peut aller jusqu'au remboursement à la caisse de la dépense supportée par elle, au titre des actes et des prescriptions irréguliers.

<< La mise en oeuvre de ces sanctions ne fait pas obstacle à l'application des mesures pouvant être prises à l'égard du bénéficiaire de la prestation concernée, conformément au deuxième alinéa de l'article L. 315-2.

<< Par dérogation aux dispositions de l'article L. 145-1, les litiges nés de l'application de ces dispositions sont portés devant les juridictions du contentieux général de la sécurité sociale. >>

Art. 12. - I. - L'article L. 615-13 du code de la sécurité sociale est complété par un troisième alinéa ainsi rédigé :

<< Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-3 sont applicables au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. >>

II. - Est inséré au début du IV de l'article 1106-2 du code rural l'alinéa suivant :

<< Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles. >>

Art. 13. - L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 133-4. - En cas d'inobservation de la Nomenclature générale des actes professionnels, de la Nomenclature des actes de biologie médicale, du tarif interministériel des prestations sanitaires, des règles de tarification des frais de transport mentionnés à l'article L. 321-1, l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel concerné.

<< Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué, de facturation d'un dispositif médical ou de frais de transport non conforme à la prescription.

<< Pour son recouvrement, l'indu est assimilé à une cotisation de sécurité sociale.

<< Les litiges nés de l'application du présent article sont portés devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale. >>

Art. 14. - Est inséré, après l'article L. 141-2 du code de la sécurité sociale, un article L. 141-2-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 141-2-1. - Sans préjudice des dispositions des articles L. 141-1 et L. 141-2, les contestations portant sur l'application par les professionnels de santé des nomenclatures d'actes professionnels et d'actes de biologie médicale peuvent donner lieu, à la demande du juge, à une expertise technique spécifique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. >>

Chapitre 2

Contentieux du contrôle technique

Art. 15. - I. - L'article L. 145-2 du même code est modifié comme suit :

1o Le 3o du premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

<< 3o L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux >> ;

2o Il est ajouté après le 3o un 4o ainsi rédigé :

<< 4o Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus. >> ;

3o Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Les sanctions prévues aux 3o et 4o ci-dessus peuvent faire l'objet d'une publication. >> ;

4o Sont insérées, après le deuxième alinéa, les dispositions suivantes :

<< Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification au médecin d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3o, elle peut décider que la sanction pour la partie assortie du sursis devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

<< Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.

<< Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 423 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution. >>

II. - Après l'article L. 145-2 du même code est ajouté un article L. 145-2-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 145-2-1. - Les sanctions prévues au 1o et au 2o de l'article L. 145-2 entraînent la privation du droit de faire partie du conseil départemental, du conseil régional ou interrégional ou du Conseil national de l'ordre pendant une durée de trois ans. La sanction prévue au 3o du même article, qu'elle soit ou non assortie du sursis, ainsi que la sanction prévue au 4o de cet article, entraînent la privation de ce droit à titre définitif.

<< La décision de sursis est sans effet sur les incapacités prévues à l'alinéa qui précède.

<< Après qu'un intervalle de trois ans se sera écoulé depuis une décision définitive d'interdiction permanente du droit de donner des soins aux assurés sociaux, le praticien frappé de cette sanction pourra être relevé de l'incapacité en résultant par une décision de la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional qui a prononcé la sanction.

<< Lorsque la demande aura été rejetée après examen au fond, elle ne pourra être représentée qu'après un nouveau délai de trois années. >>

III. - L'article L. 145-3 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 145-3. - Tout praticien qui contrevient aux décisions du conseil régional ou interrégional ou de la section disciplinaire du conseil national ou de la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional ou de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, en donnant des soins à un assuré social alors qu'il est privé du droit de le faire, est tenu de rembourser à l'organisme de sécurité sociale le

montant de toutes les prestations médicales, dentaires, pharmaceutiques ou autres que celui-ci a été amené à payer audit assuré social du fait des soins que le praticien a donnés ou des prescriptions qu'il a ordonnées. >>

IV. - L'article L. 145-6 du même code est ainsi modifié :

1o Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

<< Le cas échéant, deux présidents suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions. >> ;

2o Au deuxième alinéa, les mots : << dont un praticien conseil ayant voix délibérative >> sont remplacés par les mots : << dont au moins un praticien conseil >>.

V. - L'article L. 145-7 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 145-7. - La section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins est présidée par un conseiller d'Etat nommé, en même temps que deux conseillers d'Etat suppléants, par le garde des sceaux, ministre de la justice. Elle comprend un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

<< Les sections des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes et du Conseil national de l'ordre des sages-femmes sont présidées par le conseiller d'Etat qui préside la formation disciplinaire de chacun de ces conseils. Elles comprennent un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, dont au moins un praticien conseil nommé par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

<< Les assesseurs membres de l'ordre des médecins sont désignés par le conseil national parmi les membres et anciens membres des conseils de l'ordre.

<< Les assesseurs membres de l'ordre des chirurgiens-dentistes et de l'ordre des sages-femmes sont nommés par le conseil national de chacun de ces ordres en son sein. >>

VI. - Il est ajouté, dans le même code, un article L. 145-9 ainsi rédigé :

<< Art. L. 145-9. - Le président de la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional et le président de la section des assurances sociales du Conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes et des sages-femmes peuvent, par ordonnance, donner acte des désistements, constater qu'il n'y a pas lieu de statuer sur une requête et rejeter les conclusions entachées d'une irrecevabilité manifeste non susceptible d'être couverte en cours d'instance. >>

TITRE VI

DISPOSITIONS RELATIVES AUX PROCEDURES DE PRISE EN CHARGE ET AUX CONVENTIONS AVEC LES PROFESSIONS MEDICALES ET LES AUXILIAIRES MEDICAUX

Chapitre 1er

Admission au remboursement

Art. 16. - Au livre Ier du code de la sécurité sociale, titre VI, chapitre 2, est inséré, avant la section 1, l'article L. 162-1-7 ainsi rédigé :

<< Art. L. 162-1-7. - La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte, prestation ou fourniture, à l'exception des médicaments, lesquels relèvent de l'article L. 162-17 ou de l'article L. 618 du code de la santé publique, est subordonnée à leur inscription sur une liste établie après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé mentionnée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. >>

Chapitre 2

Professions médicales et auxiliaires médicaux

Art. 17. - La section 1 du même chapitre 2 est modifiée comme suit :

I. - Est inséré, après l'article L. 162-2, l'article L. 162-2-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 162-2-1. - Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins. >>

II. - L'article L. 162-4 est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 162-4. - Les médecins qui prescrivent une spécialité pharmaceutique en dehors des indications thérapeutiques ouvrant droit au remboursement ou à la prise en charge par l'assurance maladie, telles qu'elles figurent sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17, sont tenus de le signaler sur l'ordonnance, support de la prescription. >>

III. - Cette section comporte une sous-section 1 intitulée : << Dispositions relatives aux relations conventionnelles >> qui comprend les articles L.

162-5 à L. 162-5-4.

IV. - L'article L. 162-5 est modifié comme suit :

1o Au premier alinéa, les mots : << caisses primaires d'assurance maladie >> sont remplacés par les mots : << organismes d'assurance maladie >> et les mots : << la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et >> sont remplacés par les mots : << la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre Caisse nationale d'assurance maladie et >> ;

2o Le 3o du troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

<< 3o Les conditions de l'indemnisation des médecins qui participent aux actions de formation médicale continue visée à l'article L. 367-2 du code de la santé publique ainsi que le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 367-8 du même code >> ;

3o Le 6o du troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

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

4o Au 8o du troisième alinéa, la référence : << L. 162-6-1 >> est remplacée par la référence : << L. 162-5-2 >>.

5o Le 10o du troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

<< 10o Les conditions dans lesquelles est assuré le suivi des dépassements d'honoraires et de leur évolution >>.

Les dispositions du 2o ci-dessus entrent en vigueur le 1er janvier 1997.

V. - Au chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, avant la section 1, il est inséré un article L. 162-1-8 ainsi rédigé :

<< Art. L. 162-1-8. - A défaut de conclusion, dans le délai de quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, de l'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion mentionné à l'article L. 227-1, les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, et le ministre

chargé de l'agriculture pour les domaines relevant de ses attributions, notifie à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville. >>

VI. - Sont insérés après l'article L. 162-5-1 les articles L. 162-5-2 à L. 162-5-4 ainsi rédigés :

<< Art. L. 162-5-2. - I. - Chaque année, compte tenu de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de soins de ville, une annexe à la ou aux conventions prévues à l'article L. 162-5 fixe, pour les médecins généralistes d'une part, pour les médecins spécialistes d'autre part, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses d'honoraires, de rémunérations, de frais accessoires et de prescription. Cet objectif, dénommé objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales, s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée. Il porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail et permet d'établir le montant prévisionnel des dépenses médicales.

<< L'annexe fixe également la décomposition de ce montant en :

<< 1o Un montant prévisionnel des dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins ;

<< 2o Un montant prévisionnel des dépenses de prescription des médecins, établi notamment au vu des orientations relatives au médicament.

<< Elle peut prévoir l'adaptation, par spécialités médicales ou zones géographiques, des éléments qu'elle détermine.

<< II. - L'annexe annuelle fixe également les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la ou les conventions.

<< L'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales peut comprendre une provision pour revalorisation d'honoraires. Une revalorisation d'honoraires ne peut être accordée si elle n'a été préalablement provisionnée.

<< Si le montant des dépenses médicales de l'année est inférieur au montant prévisionnel de ces dépenses, la différence est versée, à due concurrence de la provision, aux médecins conventionnés, en proportion de leur activité et dans la limite le cas échéant d'un plafond.

<< Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires sont revalorisés de tout ou partie du montant prévu par l'annexe, en proportion de la part de la provision versée en application de l'alinéa précédent.

<< La charge des sommes versées par les caisses primaires d'assurance maladie au titre de la provision pour revalorisation d'honoraires est répartie entre les différents régimes suivant la procédure prévue au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.

<< Art. L. 162-5-3. - I. - En cas de non-respect de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses médicales, le montant du reversement exigible de l'ensemble des médecins conventionnés est arrêté avant la fin du premier trimestre dans les conditions prévues par la convention d'objectifs et de gestion visée à l'article L. 227-1. Un décret détermine les conditions dans lesquelles ce montant est calculé en fonction des honoraires perçus et des prescriptions réalisées.

<< II. - La convention nationale des médecins définit les critères selon lesquels la charge du reversement est individualisée selon les médecins. Il est tenu compte notamment :

<< 1o Du respect des objectifs et taux par spécialité ou par zone géographique mentionnés au dernier alinéa du I de l'article L. 162-5-2 ;

<< 2o De l'évolution, du niveau relatif et des caractéristiques, en ce qu'elles ont trait notamment à la prescription, de l'activité du médecin ;

<< 3o De l'importance des dépassements d'honoraires ;

<< 4o Du respect des références médicales opposables.

<< La convention fixe les conditions dans lesquelles sont déterminés, au plus tard le 15 mai, les médecins redevables d'un reversement et le montant de ce reversement.

<< III. - Les sommes reçues par les caisses primaires d'assurance maladie au titre du versement mentionné au I ci-dessus sont réparties entre les différents régimes suivant la procédure prévue au deuxième alinéa de l'article L. 174-2 et affectées à la prise en charge de dépenses de prévention et d'éducation sanitaire.

<< IV. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles, en l'absence de dispositions conventionnelles prévues par le II ci-dessus ou en cas de carence des parties à la convention, les organismes du régime général de l'assurance maladie mettent en oeuvre les dispositions prévues par le présent article.

<< Art. L. 162-5-4. - En cas de refus d'un médecin de s'acquitter du montant du reversement dans le délai de deux mois suivant sa notification par la caisse primaire d'assurance maladie, celle-ci peut, après que ce médecin a été mis en mesure de présenter ses observations, le placer hors de la convention, pour une durée de un à six mois. La caisse peut tenir compte, pour établir la durée du déconventionnement, du montant du reversement.

<< Les litiges relatifs au reversement sont de la compétence des tribunaux administratifs. >>

VII. - L'article L. 162-6-3 devient l'article L. 162-5-5 ; dans ce même article, la référence << L. 162-8-1 >> est remplacée par la référence << L. 162-5-11 >>.

VIII. - Les articles L. 162-6, L. 162-6-1, L. 162-6-2, L. 162-7, L. 162-8 et L. 162-8-1 sont abrogés.

IX. - Sont insérées, après l'article L. 162-5-5, les sous-sections 2 à 5 ainsi rédigées :

<< Sous-section 2

<< Conditions d'application de la convention,

de ses annexes et avenants

<< Art. L. 162-5-6. - Sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-5-8, la ou les conventions, leurs annexes et avenants n'entrent en vigueur, lors de leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, qu'après approbation par arrêté interministériel. Le Conseil national de l'ordre des médecins est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie médicale.

<< Lorsqu'une convention ou un avenant ont pour objet de définir des références médicales opposables, l'arrêté peut, dans l'intérêt de la santé publique, exclure certaines références de l'approbation.

<< La ou les conventions nationales sont applicables à tout médecin concerné qui déclare à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par cette ou ces conventions, y adhérer.

<< Art. L. 162-5-7. - La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un médecin hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par la convention, lui permettant notamment de présenter ses observations ; elle ne fait pas obstacle à l'application éventuelle des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du présent livre.

<< Sous-section 3

<< Dispositions particulières relatives aux conditions

d'application de l'annexe annuelle à la convention

<< Art. L. 162-5-8. - I. - A défaut de conclusion de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-5-2 dans les cinquante jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, un arrêté interministériel fixe, dans les quinze jours, après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les éléments de cette annexe.

<< II. - Les ministres compétents sont tenus de se prononcer sur une annexe conclue dans le délai de cinquante jours mentionné au paragraphe précédent, au plus tard quinze jours après sa transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Passé ce délai, et en l'absence d'opposition de ces ministres motivée par l'incompatibilité de l'annexe négociée par les parties à la convention avec l'avenant annuel de la convention d'objectifs et de gestion mentionné à l'article L. 227-1, l'annexe est réputée approuvée.

<< En cas d'opposition, un arrêté interministériel fixe, au plus tard le soixante-cinquième jour suivant la date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale et après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, les éléments mentionnés à l'article L. 162-5-2.

<< III. - Les tarifs des honoraires, des rémunérations et des frais accessoires dus par les assurés sociaux aux médecins, en vigueur le 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur de l'annexe ou d'un arrêté pris en application du présent article.

<< Sous-section 4

<< Règlement conventionnel

<< Art. L. 162-5-9. - I. - Un règlement conventionnel minimal est établi par arrêté interministériel pris après consultation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des organisations syndicales représentatives des généralistes et des spécialistes et, en tant qu'il comporte des dispositions relatives à la déontologie médicale, du Conseil national de l'ordre des médecins. Ce règlement fixe les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassements autorisés, et les dispositions et sanctions visées aux articles L. 162-5 et L. 162-5-2. Il définit notamment les conditions dans lesquelles, en cas de dépassement de l'objectif, les médecins sont tenus de procéder à un reversement.

<< Le règlement conventionnel minimal s'applique en l'absence de convention nationale.

<< II. - Le règlement conventionnel minimal est applicable à l'ensemble des médecins qui déclarent à la caisse primaire d'assurance maladie, dans un délai fixé par ce règlement, y adhérer.

<< Toutefois, sont considérés comme adhérents de plein droit à ce règlement les médecins adhérents à la convention nationale précédemment en vigueur, sauf s'ils font connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par ses dispositions.

<< Sous-section 5

<< Dispositions diverses

<< Art. L. 162-5-10. - Les honoraires, rémunérations et frais accessoires des médecins qui n'adhèrent pas à la convention nationale des médecins ou qui ne sont pas régis par le règlement mentionné à l'article L. 162-5-9 donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie sur la base d'un tarif d'autorité fixé par arrêté interministériel.

<< Art. L. 162-5-11. - Les caisses d'assurance maladie peuvent prendre en charge, dans des conditions fixées par décret, une partie de la cotisation due, en application de l'article L. 242-11, par les médecins exerçant leur activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions prévues à l'article L. 162-5.

<< A défaut de convention nationale, le règlement mentionné à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due en application de l'article L. 242-11, cette partie étant inférieure à celle mentionnée à l'alinéa précédent. >>

Art. 18. - Au livre Ier du code de la sécurité sociale, titre VI, chapitre 2, la section 2 est modifiée comme suit :

I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 162-9 est complété par les dispositions suivantes :

<< 3o Les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés aux assurés sociaux par les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes ou les auxiliaires médicaux et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application ;

<< 4o La possibilité de mettre à la charge du chirurgien-dentiste, de la sage-femme ou de l'auxiliaire médical qui ne respecte pas les mesures prévues au 3o du présent article, tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2, ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie, correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures. >>

II. - Est inséré, après le deuxième alinéa de l'article L. 162-9, un alinéa rédigé comme suit :

<< Elles fixent également les modalités d'application du 4o, et notamment les conditions dans lesquelles le professionnel concerné présente ses observations. >>

III. - Au 5o du deuxième alinéa des articles L. 162-12-2 et L. 162-12-9 du code de la sécurité sociale, sont ajoutés les mots : << et notamment la sélection des thèmes des références professionnelles, l'opposabilité de ces références et ses conditions d'application >>.

IV. - L'article L. 162-12-6 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 162-12-6. - La convention nationale prévoit la possibilité de mettre à la charge de l'infirmier qui ne respecte pas les mesures prévues au 5o de l'article L. 162-12-2 tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures.

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

V. - Le deuxième alinéa de l'article L. 162-12-9 est complété par les dispositions suivantes :

<< 6o La possibilité de mettre à la charge du masseur-kinésithérapeute qui ne respecte pas les mesures prévues au 5o ci-dessus tout ou partie des cotisations mentionnées aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou une partie de la dépense des régimes d'assurance maladie correspondant aux honoraires perçus au titre des soins dispensés dans des conditions ne respectant pas ces mesures. >>

VI. - Est inséré, après le deuxième alinéa de l'article L. 162-12-9, un alinéa rédigé comme suit :

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

Art. 19. - Au livre Ier du code de la sécurité sociale, titre VI, chapitre 2, est insérée, après la section 2, une section 2.1 ainsi rédigée :

<< Section 2.1

<< Références professionnelles

<< Art. L. 162-12-15. - Les références mentionnées au 6o du troisième alinéa de l'article L. 162-5, au 3o du deuxième alinéa de l'article L. 162-9 et au 5o du deuxième alinéa de l'article L. 162-12-2 et de l'article L.

162-12-9 identifient des soins et des prescriptions médicalement inutiles ou dangereux. Elles sont établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, à partir de critères scientifiques reconnus et, pour le domaine du médicament, par l'Agence du médicament, à partir des évaluations réalisées pour délivrer l'autorisation de mise sur le marché et pour apprécier le service médical rendu.

<< Les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2 et L. 162-12-9, ou, à défaut, le règlement prévu à l'article L. 162-5-9, déterminent les références rendues opposables aux professionnels de santé et les conditions de cette opposabilité.

<< Des recommandations de bonne pratique établies par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ou par l'Agence du médicament accompagnent, pour chaque thème, les références opposables. Les recommandations concernant le médicament sont diffusées par l'Agence du médicament ; les autres sont, en ce qui concerne les médecins, diffusées par l'intermédiaire des unions régionales des médecins exerçant à titre libéral.

<< Ces références sont également mises en oeuvre par les établissements de santé publics ou privés participant au service public hospitalier, pour ce qui concerne leurs activités de consultation externe. Leur respect est, le cas échéant, pris en compte dans la procédure d'accréditation prévue à l'article L. 710-5 du code de la santé publique.

<< Les recommandations mentionnées au troisième alinéa sont également diffusées dans les établissements de santé publics ou privés participant au secteur public hospitalier.

<< La liste des références opposables est régulièrement actualisée par les parties conventionnelles dans les conditions prévues au présent article, en fonction notamment des données de la science.

<< A défaut d'actualisation, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent, dans l'intérêt de la santé publique, après consultation de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé ou de l'Agence du médicament dans leur domaine de compétence respectif, demander aux parties à la convention concernée d'abroger une référence opposable dont le maintien en l'état n'est plus justifié ; en l'absence d'accord des parties, constaté deux mois après leur saisine, un arrêté des mêmes ministres peut procéder à cette abrogation.

<< Art. L. 162-12-16. - La ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5, ou, le cas échéant, le règlement mentionné à l'article L. 162-5-9,

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

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

<< A défaut de mise en place du comité médical paritaire local ou à défaut d'un avis rendu dans le délai prévu ou en cas de partage égal des voix, le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3 est saisi.

<< Sur la base des faits litigieux retenus par le comité médical paritaire local ou, à défaut, par le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3, le service du contrôle médical propose à la caisse la sanction financière prévue par les conventions ou le règlement mentionnés au premier alinéa.

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

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

Art. 20. - I. - Les articles L. 162-5-3, L. 162-5-4 et L. 162-5-8 du code de la sécurité sociale s'appliquent à compter du 1er janvier 1997.

II. - Le troisième alinéa de l'article L. 162-5-6 du code de la sécurité sociale sera applicable à la date d'entrée en vigueur de l'arrêté approuvant une nouvelle convention nationale régissant les rapports des médecins avec les organismes d'assurance maladie.

III. - Cessent d'avoir effet, à la date d'entrée en vigueur des articles 17 à 19 de la présente ordonnance, celles des dispositions des conventions, annexes et avenants mentionnés aux sections 1 et 2 du chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale qui ne seraient pas compatibles avec les dispositions de la présente ordonnance.

IV. - Sans préjudice des articles L. 162-5-9 et L. 162-12-15 du code de la sécurité sociale, les références médicales opposables ainsi que les dispositions relatives aux sanctions applicables aux médecins dont la pratique ne respecte pas les références en vigueur au 31 décembre 1996 demeurent applicables jusqu'à l'approbation d'un avenant à la convention nationale des médecins du 21 octobre 1993 les modifiant ou les abrogeant, et au plus tard jusqu'à l'échéance de cette convention.

Art. 21. - I. - L'article L. 722-1 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1o Le 1o du premier alinéa est complété par les mots : << ou, en l'absence d'une telle convention, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-5-9 >> ;

2o Le 2o du premier alinéa est complété par les mots : << ou, en l'absence de la convention mentionnée au 1o, dans le cadre du règlement prévu à l'article L. 162-5-9 >>.

II. - Au chapitre 2 du titre II du livre VII du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 722-4-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 722-4-1. - Pour ce qui concerne les médecins, à défaut de convention nationale, par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 722-4, le financement des prestations est assuré par les seuls bénéficiaires, qui acquittent une cotisation dont le taux est égal à la somme des taux des cotisations mentionnés audit article. Toutefois, le règlement mentionné à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d'un montant inférieur à la cotisation due par les caisses d'assurance maladie en application du premier alinéa de l'article L. 722-4. >>

III. - Au chapitre 5 du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 645-2-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 645-2-1. - Pour ce qui concerne les médecins, à défaut de convention nationale, par dérogation aux dispositions de l'article L. 645-2, le financement des avantages de vieillesse prévus au présent chapitre est assuré par les seuls bénéficiaires, qui acquittent une cotisation dont le montant est égal à la somme des montants des cotisations mentionnées audit article. Toutefois, le règlement mentionné à l'article L. 162-5-9 peut prévoir que les caisses d'assurance maladie prennent en charge une partie de la cotisation due, cette partie étant d'un montant inférieur à la cotisation due en application du 2o du premier alinéa de l'article L. 645-2. >>

Chapitre 3

Médicaments

Art. 22. - I. - Le premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante :

<< La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. >>

II. - Sont insérés, après cet article L. 162-17, les articles L. 162-17-1 et L. 162-17-2 ainsi rédigés :

<< Art. L. 162-17-1. - Ne peuvent être inscrites sur les listes prévues aux articles L. 162-17 du présent code et L. 618 du code de la santé publique les spécialités définies à l'article L. 601-6 du code de la santé publique dont le nom commercial ne serait pas constitué soit par la dénomination commune assortie d'une marque ou du nom du fabricant, soit par une dénomination de fantaisie suivie d'un suffixe spécifique identifiant la nature générique de la spécialité, déterminé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

<< Art. L. 162-17-2. - L'inscription des médicaments sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 vaut inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 618 du code de la santé publique, en cas de demandes d'inscription simultanée sur les deux listes. >>

Art. 23. - I. - Est inséré à la section II du chapitre II du titre II du livre V du code de la santé publique un article L. 601-6 ainsi rédigé :

<< Art. L. 601-6. - On entend par spécialité générique d'une autre spécialité une spécialité qui a la même composition qualitative et quantitative en principes actifs, la même forme pharmaceutique, et dont la bioéquivalence avec l'autre spécialité a été démontrée par des études appropriées de biodisponibilité. Pour l'application du présent article, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique.

<< Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article, et précise notamment les critères scientifiques justifiant le cas échéant l'exonération des études de biodisponibilité. >>

II. - Au chapitre IV du titre II du livre V du code de la santé publique, il est créé un article L. 551-12 ainsi rédigé :

<< Art. L. 551-12. - La publicité des spécialités définies à l'article L. 601-6 doit mentionner l'appartenance à la catégorie des spécialités génériques. >>

Art. 24. - L'article L. 618 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 618. - L'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation par les collectivités publiques des médicaments définis aux articles L. 601, L. 601-2, L. 601-3 et L. 601-4 sont limités, dans des conditions propres à ces médicaments fixées par le décret mentionné à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, aux produits agréés dont la liste est établie par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé. >>

Art. 25. - L'article 12 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 susvisée est ainsi modifié :

1o Au premier alinéa du III, après les mots : << dépenses de recherche >> ,

sont ajoutés les mots : << afférentes aux spécialités pharmaceutiques, >> ;

2o Au premier alinéa du IV, les mots : << 1er avril >> sont remplacés par les mots : << 15 mai >> ;

3o Les deux alinéas suivants sont ajoutés au V :

<< Lorsqu'une entreprise assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique appartient à un groupe, la notion d'entreprise visée au présent article s'entend de ce groupe.

<< Le groupe visé à l'alinéa précédent est constitué par une entreprise ayant publié des comptes consolidés au titre du dernier exercice clos avant le 25 janvier 1996, en application des dispositions de l'article 357-1 du code des sociétés, et les sociétés qu'elle contrôle ou sur lesquelles elle exerce une influence notable au sens du même article. Les dépenses mentionnées aux I et III et le chiffre d'affaires visé aux II, IV et au présent V, pris en compte pour le calcul des contributions exceptionnelles, sont celles exposées par les entreprises membres de ce groupe et ceux réalisés par ces mêmes entreprises. >>

TITRE VII

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 26. - I. - Au premier alinéa des articles L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, les mots :

<< caisses primaires d'assurance maladie >> sont remplacés par les mots : << organismes d'assurance maladie >> et les mots : << et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés >> sont remplacés par les mots : << la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie >>.

II. - Sont abrogés l'article L. 162-10, le dernier alinéa de l'article L. 162-7, le dernier alinéa de l'article L. 162-12-2, le dernier alinéa de l'article L. 162-12-9, l'article L. 162-15 et l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale.

Art. 27. - L'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1o Au premier alinéa, les mots : << aux articles L. 162-6, L. 162-8, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2 et L. 162-12-9 >> sont remplacés par les mots :

<< par les dispositions des sections 1 et 2 du présent chapitre >> ;

2o Au troisième alinéa, les mots : << et de l'article L. 162-6-1 >> sont remplacés par les mots : << et des articles L. 162-5-2 à L. 162-5-6 >>.

Art. 28. - I. - L'article L. 162-34 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 162-34. - Les litiges pouvant survenir à l'occasion de la décision d'une caisse primaire d'assurance maladie de placer un professionnel hors de l'une des conventions ou, en ce qui concerne les médecins, du règlement, mentionnés aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre, sont de la compétence des tribunaux des affaires de sécurité sociale. >>

II. - Au 1o de l'article L. 645-2 du même code, la référence : << L. 162-6 >> est remplacée par la référence : << L. 162-5-2, L. 162-5-8, L. 162-5-9 >>.

III. - Au deuxième alinéa de l'article L. 722-4 du même code, la référence :

<< L. 162-8-1 >> est remplacée par la référence : << L. 162-5-11 >>.

Art. 29. - Le Premier ministre, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation, le ministre délégué au budget, porte-parole du Gouvernement, et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés,

chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance, qui sera publiée au Journal officiel de la République française.

Ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée

TITRE Ier

Art. 1er. - Sont insérés, à la section I du chapitre Ier A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, les articles L. 710-1-1 et L. 710-1-2 ainsi rédigés :

<< Art. L. 710-1-1. - La qualité de la prise en charge des patients est un objectif essentiel pour tout établissement de santé. Celui-ci doit procéder à une évaluation régulière de leur satisfaction, portant notamment sur les conditions d'accueil et de séjour. Les résultats de ces évaluations sont pris en compte dans l'accréditation définie à l'article L. 710-5.

<< Chaque établissement remet aux patients, lors de leur admission, un livret d'accueil auquel est annexée la charte du patient hospitalisé,

conforme à un modèle type arrêté par le ministre chargé de la santé.

<< Art. L. 710-1-2. - Les règles de fonctionnement des établissements de santé propres à faire assurer le respect des droits et obligations des patients hospitalisés sont définies par voie réglementaire.

<< Dans chaque établissement de santé est instituée une commission de conciliation chargée d'assister et d'orienter toute personne qui s'estime victime d'un préjudice du fait de l'activité de l'établissement, et de lui indiquer les voies de conciliation et de recours dont elle dispose. >>

TITRE II

L'EVALUATION, L'ACCREDITATION ET L'ANALYSE

DE L'ACTIVITE DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Art. 2. - I. - Il est inséré, après le premier alinéa de l'article L. 710-4 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé :

<< L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, instituée à l'article L. 791-1, contribue au développement de cette évaluation. >>

II. - L'article L. 710-6 du même code est abrogé.

III. - L'article L. 710-5 du même code devient l'article L. 710-6.

IV. - Il est inséré, au chapitre Ier A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, un article L. 710-5 ainsi rédigé:

<< Art. L. 710-5. - Afin d'assurer l'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, tous les établissements de santé publics et privés doivent faire l'objet d'une procédure externe d'évaluation dénommée accréditation.

<< Cette procédure, conduite par l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, vise à porter une appréciation indépendante sur la qualité d'un établissement ou, le cas échéant, d'un ou plusieurs services ou activités d'un établissement, à l'aide d'indicateurs, de critères et de référentiels portant sur les procédures, les bonnes pratiques cliniques et les résultats des différents services et activités de l'établissement.

<< La procédure d'accréditation est engagée à l'initiative de l'établissement de santé, notamment dans le cadre du contrat qui le lie à l'agence régionale de l'hospitalisation instituée à l'article L. 710-17. Dans un délai de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996, tous les établissements de santé devront s'être engagés dans cette procédure.

<< Les réseaux de soins mentionnés à l'article L. 712-3-2 ainsi que les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 713-11-1 sont également soumis à cette obligation.

<< En l'absence de contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 710-16, l'agence régionale de l'hospitalisation saisit le conseil d'administration de l'établissement public de santé ou le représentant de l'établissement de santé privé d'une demande tendant à ce que cette procédure soit engagée.

<< L'agence régionale de l'hospitalisation se substitue à l'établissement de santé pour demander la mise en oeuvre de la procédure d'accréditation si celui-ci s'en est abstenu pendant le délai de cinq ans susmentionné.

<< Le rapport d'accréditation, qui est transmis à l'établissement de santé, est communiqué à l'agence régionale de l'hospitalisation compétente.

<< Le directeur général de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé fournit au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation toutes informations quantitatives et qualitatives sur les programmes d'accréditation en cours dans les établissements de santé de la région. >>

Art. 3. - I. - La section II du chapitre Ier A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique est ainsi intitulée :

<< Section II

<< L'évaluation et l'accréditation des établissements de santé >>

II. - Elle comprend les articles L. 710-4 et L. 710-5.

Art. 4. - Il est créé, au livre VIII du code de la santé publique, un chapitre IV ainsi rédigé :

<< Chapitre IV

<< L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

<< Art. L. 791-1. - Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif dénommé Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière et placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé.

<< Cet établissement public est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable et à un contrôle de l'Etat adaptés à la nature particulière de ses missions, définis par le présent titre et précisés par voie réglementaire.

<< L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé a pour mission :

<< 1o De favoriser, tant au sein des établissements de santé publics et privés que dans le cadre de l'exercice libéral, le développement de l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles ;

<< 2o De mettre en oeuvre la procédure d'accréditation des établissements de santé mentionnée à l'article L. 710-5.

<< L'agence nationale peut également être chargée de l'évaluation d'actions et de programmes de santé publique.

<< Art. L. 791-2. - Au titre de sa mission d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles dans les secteurs hospitalier et des soins de ville, l'agence nationale est chargée :

<< 1o D'élaborer avec des professionnels, selon des méthodes scientifiquement reconnues, de valider et de diffuser les méthodes nécessaires à l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles ;

<< 2o D'élaborer et de valider des recommandations de bonnes pratiques cliniques et des références médicales et professionnelles en matière de prévention, de diagnostic et de thérapeutique ;

<< 3o De donner un avis sur la liste des actes, prestations et fournitures qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments ;

<< 4o De réaliser ou de valider des études d'évaluation des technologies relatives à son domaine de compétence ;

<< 5o De proposer toute mesure contribuant au développement de l'évaluation, notamment en ce qui concerne la formation des professionnels de santé ;

<< 6o De diffuser ses travaux et de favoriser leur utilisation.

<< Art. L. 791-3. - Au titre de sa mission d'accréditation des établissements de santé, l'agence nationale est chargée, en s'appuyant notamment sur les méthodes, recommandations et références mentionnées aux 1o et 2o de l'article L. 791-2 :

<< 1o D'élaborer avec des professionnels et des organismes concernés, selon des méthodes scientifiquement reconnues, ou de valider des référentiels de qualité des soins et des pratiques professionnelles fondés sur des critères multiples ;

<< 2o De diffuser ces référentiels et de favoriser leur utilisation par tous moyens appropriés ;

<< 3o De mettre en oeuvre la procédure d'accréditation des établissements et d'accréditer ces établissements sur le rapport des experts visés à l'article L. 791-4 ;

<< 4o De veiller, par tout moyen approprié, à la validation des méthodes et à la cohérence des initiatives relatives à l'amélioration de la qualité dans le domaine de la prise en charge des patients.

<< Art. L. 791-4. - Pour développer l'évaluation des soins et des pratiques professionnelles et mettre en oeuvre la procédure d'accréditation, l'agence nationale s'assure de la collaboration des professionnels par la constitution et l'animation d'un réseau national et local d'experts.

<< Les personnes collaborant, même occasionnellement, aux travaux de l'agence nationale ne peuvent, sous les peines prévues à l'article 432-12 du code pénal, prêter leur concours à une mission relative à une affaire dans laquelle elles auraient un intérêt direct ou indirect.

<< Elles sont tenues au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles définies à l'article 26 de la loi no 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires.

<< Art. L. 791-5. - L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé est administrée par un conseil d'administration et dirigée par un directeur général.

<< Le conseil d'administration de l'agence est composé :

<< 1o De personnels médicaux, paramédicaux, techniques et administratifs des établissements de santé ;

<< 2o De représentants des unions des médecins exerçant à titre libéral et des autres professionnels de santé libéraux ;

<< 3o De représentants de l'Etat ;

<< 4o De représentants des organismes d'assurance maladie ;

<< 5o De représentants des organismes mutualistes ;

<< 6o De personnalités qualifiées.

<< Les catégories mentionnées aux 3o, 4o et 5o ne peuvent détenir ensemble plus du quart des voix délibératives au sein du conseil d'administration. La moitié au moins des membres de ce conseil sont des médecins.

<< Les modalités de désignation des membres sont définies par voie réglementaire.

<< Les membres du conseil d'administration sont nommés par le ministre chargé de la santé pour une durée de quatre ans.

<< Le président du conseil d'administration de l'agence est nommé par le ministre chargé de la santé, après avis du conseil d'administration, au sein des catégories mentionnées aux 1o, 2o et 6o du présent article.

<< Le directeur général de l'agence est nommé par le ministre chargé de la santé après avis du conseil d'administration, pour une durée de cinq ans.

<< Le directeur général de l'agence et les présidents du conseil scientifique des deux sections de ce conseil et du collège de l'accréditation visés aux articles L. 791-7 et L. 791-8 assistent au conseil d'administration avec voix consultative.

<< Art. L. 791-6. - I. - Le conseil d'administration :

<< 1o Adopte le budget de l'agence et approuve les comptes ;

<< 2o Adopte le règlement intérieur de l'agence ;

<< 3o Fixe le programme, annuel et pluriannuel, des travaux d'évaluation et d'accréditation et en suit l'exécution.

<< II. - Le directeur général prépare et exécute les délibérations du conseil d'administration et met en oeuvre la politique définie par ce dernier. Il est compétent pour régler les affaires de l'agence autres que celles énumérées au I ci-dessus et aux articles L. 791-7 et L. 791-8.

<< Il représente l'agence en justice et dans tous les actes de la vie civile.

<< Art. L. 791-7. - Un conseil scientifique, dont la composition et le mode de désignation sont fixés par voie réglementaire, veille à la cohérence de la politique scientifique de l'agence. Il assiste le président du conseil d'administration et le directeur général.

<< Ses membres, parmi lesquels figurent des personnalités étrangères, sont choisis pour leur compétence notamment dans le domaine de la qualité des soins et des pratiques professionnelles, de l'évaluation et de la recherche médicale.

<< Le conseil scientifique comprend deux sections : une section de l'évaluation et une section de l'accréditation.

<< Art. L. 791-8. - Un collège de l'accréditation, dont la composition est fixée par voie réglementaire, est placé auprès du conseil d'administration et du directeur général de l'agence.

<< Le collège de l'accréditation valide le rapport d'accréditation et accrédite les établissements de santé.

<< Les membres de ce collège sont désignés, sur proposition du conseil scientifique, après avis des membres du conseil d'administration mentionnés aux 1o, 2o et 6o de l'article L. 791-5, pour une durée de trois ans, par arrêté du ministre chargé de la santé.

<< Les règles de son fonctionnement garantissant l'indépendance de ses membres et l'absence de conflit d'intérêts sont fixées par voie réglementaire.

<< Art. L. 791-9. - Les ressources de l'agence sont constituées notamment par :

<< 1o Des subventions de l'Etat ;

<< 2o Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; un décret en Conseil d'Etat détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale par l'autorité compétente de l'Etat ;

<< 3o Le produit des redevances pour services rendus établies par décret en Conseil d'Etat ;

<< 4o Des taxes créées à son bénéfice ;

<< 5o Des produits divers, des dons et legs.

<< Art. L. 791-10. - L'agence peut employer des agents contractuels recrutés, le cas échéant, par contrat à durée indéterminée. >>

Art. 5. - Il est inséré, au chapitre Ier A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, un article L. 710-7 ainsi rédigé :

<< Art. L. 710-7. - I. - Les établissements de santé publics et privés transmettent aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17, ainsi qu'à l'Etat et aux organismes d'assurance maladie, les informations relatives à leurs moyens de fonctionnement et à leur activité qui sont nécessaires à l'élaboration et à la révision de la carte sanitaire et du schéma d'organisation sanitaire, à la détermination de leurs ressources et à l'évaluation de la qualité des soins.

<< Les destinataires des informations mentionnées à l'alinéa précédent mettent en oeuvre, sous le contrôle de l'Etat au plan national et des agences au plan régional, un système commun d'informations respectant l'anonymat des patients, dont les conditions d'élaboration et d'accessibilité aux tiers,

notamment aux établissements de santé publics et privés, sont définies par voie réglementaire dans le respect des dispositions du présent titre.

<< II. - Les informations relatives aux honoraires des professionnels de santé exerçant leur activité dans les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 sont transmises aux agences régionales de l'hospitalisation par les organismes d'assurance maladie. >>

Art. 6. - I. - Il est créé, au chapitre Ier A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, une section III ainsi libellée :

<< Section III

<< L'analyse de l'activité et les systèmes d'information >>

II. - Elle comprend les articles L. 710-6 et L. 710-7.

Art. 7. - Le dernier alinéa de l'article L. 715-12 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Ces prévisions d'activité doivent être communiquées à l'agence régionale de l'hospitalisation selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 710-16 et L. 710-16-2. >>

TITRE III

LES CONTRATS D'OBJECTIFS ET DE MOYENS

Art. 8. - Il est créé, au chapitre Ier A du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, une section IV ainsi rédigée :

<< Section IV

<< Les contrats pluriannuels entre les agences régionales

de l'hospitalisation et les établissements de santé

<< Art. L. 710-16. - Les agences régionales de l'hospitalisation, mentionnées à l'article L. 710-17, concluent avec les établissements de santé publics ou privés des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens.

<< La durée du contrat ne peut être inférieure à trois ans ni supérieure à cinq ans.

<< Le contrat est signé par le directeur de l'agence régionale et le représentant de l'établissement de santé concerné. Pour les établissements publics de santé, ces contrats sont conclus après délibération du conseil d'administration prise après avis de la commission médicale d'établissement et du comité technique d'établissement.

<< Des organismes concourant aux soins, des professionnels de santé exerçant à titre libéral, des instituts de recherche ou des universités peuvent être appelés au contrat, pour tout ou partie de ses clauses.

<< Le contrat fixe son calendrier d'exécution et mentionne les indicateurs de suivi et de résultats nécessaires à son évaluation périodique.

L'établissement adresse un rapport annuel d'étape ainsi qu'un rapport final à l'agence régionale.

<< Art. L. 710-16-1. - Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements publics de santé et les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés aux articles L. 715-6 et L. 715-13 déterminent les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire, et définissent les conditions de mise en oeuvre de ces orientations, notamment dans le cadre du projet médical et du projet d'établissement approuvé.

<< A cet effet, ils décrivent les transformations que l'établissement s'engage à opérer dans ses activités, son organisation, sa gestion et dans ses modes de coopération.

<< Ils définissent, en outre, des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5.

<< Ils favorisent la participation des établissements aux réseaux de soins et aux communautés d'établissements de santé mentionnés aux articles L. 712-3-2 et L. 712-3-3 ainsi qu'aux actions de coopération prévues au présent titre.

<< Ils précisent les dispositions relatives à la gestion des ressources humaines nécessaires pour la réalisation des objectifs.

<< Ils fixent les éléments financiers, tant en fonctionnement qu'en investissement, ainsi que les autres mesures nécessaires à leur mise en oeuvre et prévoient pour l'établissement co-contractant, le cas échéant et compte tenu de son activité, les objectifs pluriannuels de réduction des inégalités de ressources mentionnées à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Ils précisent également les critères en fonction desquels les budgets de l'établissement peuvent évoluer selon le degré de réalisation des objectifs fixés.

<< En cas d'inexécution du contrat, le directeur de l'agence peut, après mise en demeure restée sans effet, mettre en oeuvre les sanctions, notamment à caractère financier, prévues au contrat.

<< En l'absence de conclusion du contrat prévu au présent article, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en tient compte dans l'exercice de ses compétences budgétaires.

<< Art. L. 710-16-2. - Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16-1 déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation. Ils sont conclus dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et compte tenu des objectifs mentionnés à l'alinéa ci-dessous.

<< Ces contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5.

<< Les contrats peuvent, en outre, favoriser la constitution des réseaux de soins mentionnés à l'article L. 712-3-2 et les actions de coopération prévues au présent titre.

<< Les contrats sont conformes à un contrat type annexé au contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale.

<< La demande de renouvellement des contrats est déposée auprès de l'agence régionale de l'hospitalisation un an avant leur échéance. En cas d'absence de réponse huit mois avant l'échéance, les contrats sont réputés renouvelés par tacite reconduction. Le refus de renouvellement doit être motivé.

<< Sans préjudice des dispositions du contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, le contrat détermine les pénalités applicables à l'établissement au titre des deuxième et troisième alinéas ci-dessus en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues.

<< Les contrats peuvent être résiliés ou suspendus avant leur terme par l'agence régionale de l'hospitalisation en cas de manquement grave de l'établissement à ses obligations législatives, réglementaires ou contractuelles.

<< Les litiges relatifs à l'application de ces contrats sont portés devant les juridictions compétentes en matière de sécurité sociale.

<< Les conditions d'application du présent article sont définies par voie réglementaire. >>

Art. 9. - I. - Les sections IV et V du chapitre IV du titre Ier du livre VII du code de la santé publique deviennent respectivement les sections V et VI.

II. - Il est créé, au sein du même chapitre, une section IV rédigée comme suit :

<< Section IV

<< La contractualisation interne

<< Art. L. 714-26-1. - Les établissements publics de santé peuvent mettre en place des procédures de contractualisation interne.

<< A cette fin, les équipes médicales et paramédicales peuvent à leur initiative proposer au directeur de l'établissement la création de centres de responsabilité. Ces propositions sont soumises pour avis à la commission médicale d'établissement et au comité technique d'établissement. La décision du directeur est motivée.

<< Le directeur peut également décider de créer un centre de responsabilité après avis de la commission médicale d'établissement, du comité technique d'établissement et des équipes médicales et paramédicales concernées.

<< Le responsable de chaque centre de responsabilité est proposé par les structures médicales qui le composent parmi les médecins, biologistes, odontologistes et pharmaciens membres des unités, services, départements et fédérations concernés. Le responsable est désigné par le directeur. La décision du directeur est motivée.

<< Les centres de responsabilité bénéficient de délégations de gestion de la part du directeur.

<< Ces délégations de gestion font l'objet d'un contrat négocié par le responsable du centre avec le directeur. Ce contrat définit également les objectifs, les moyens et les indicateurs de suivi des centres de responsabilité, les modalités de leur intéressement aux résultats de leur gestion, ainsi que les conséquences en cas d'inexécution du contrat. >>

III. - L'article L. 714-13 du code de la santé publique est abrogé.

TITRE IV

LES AGENCES REGIONALES DE L'HOSPITALISATION

Art. 10. - Il est créé, au titre Ier du livre VII du code de la santé publique, un chapitre Ier B ainsi rédigé :

<< Chapitre Ier B

<< Les agences régionales de l'hospitalisation

<< Art. L. 710-17. - Il est créé dans chaque région et dans la collectivité territoriale de Corse une agence régionale de l'hospitalisation, personne morale de droit public dotée de l'autonomie administrative et financière, constituée sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre l'Etat et des organismes d'assurance maladie, dont au moins la caisse régionale d'assurance maladie, ainsi que l'union régionale de caisses d'assurance maladie à compter de la création de celle-ci. Ces agences sont placées sous la tutelle des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans les conditions prévues au présent titre.

<< Elles sont soumises 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. Leur fonctionnement est soumis au contrôle économique et financier de l'Etat.

<< Un décret peut conférer à certaines agences une compétence interrégionale.

<< Elles sont administrées par une commission exécutive et dirigées par un directeur.

<< Les conventions constitutives de ces groupements doivent être conformes à une convention type qui précise notamment l'organisation financière et comptable des agences, ainsi que la nature des concours de l'Etat et des organismes d'assurance maladie à leur fonctionnement. Cette convention type est élaborée en concertation avec les organismes nationaux d'assurance maladie et arrêtée par décret en Conseil d'Etat.

<< Les délibérations portant sur le budget et le compte financier ne deviennent définitives qu'après approbation expresse par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget.

<< Art. L. 710-18. - Les agences régionales de l'hospitalisation ont pour mission de définir et de mettre en oeuvre la politique régionale d'offre de soins hospitaliers, d'analyser et de coordonner l'activité des établissements de santé publics et privés et de déterminer leurs ressources. A cette fin et sous réserve des compétences dévolues au ministre chargé de la santé par les articles L. 712-5, L. 712-16 et L. 712-18, elles exercent les attributions définies au présent titre ainsi qu'à la section 5 du chapitre 2 du titre VI et au chapitre 4 du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale.

<< Les pouvoirs des agences sont exercés par leur commission exécutive et par leur directeur dans les conditions définies aux articles L. 710-20 et L. 710-21.

<< Art. L. 710-19. - Outre son président, la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation est composée à parité :

<< 1o De représentants de l'Etat, désignés par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ;

<< 2o De représentants administratifs et médicaux des organismes d'assurance maladie, désignés par les organismes parties à la convention constitutive.

<< Le directeur de l'agence est nommé par décret. Il préside la commission exécutive. Il assure le fonctionnement de l'agence dans le cadre des orientations définies par la commission exécutive dont il prépare et exécute les délibérations.

<< En cas de partage égal des voix au sein de la commission exécutive, celle du président est prépondérante.

<< Art. L. 710-20. - La commission exécutive de l'agence délibère sur :

<< 1o Les autorisations visées à la section II du chapitre II du présent titre, à l'exception de leur suspension ou de leur retrait dans les conditions prévues par l'article L. 712-18 ;

<< 2o Les orientations qui président à l'allocation des ressources aux établissements de santé, après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale ;

<< 3o Les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 710-16, L. 710-16-1 et L. 710-16-2, après avis des organismes d'assurance maladie intéressés.

<< Les délibérations mentionnées au 1o ci-dessus sont susceptibles de recours administratif dans les conditions prévues à l'article L. 712-16.

<< Art. L. 710-21. - Le directeur exerce, au nom de l'Etat, les compétences mentionnées à l'article L. 710-18, à l'exception de celles exercées par la commission exécutive en application de l'article L. 710-20.

<< Le directeur prend l'avis de la commission exécutive lorsqu'il :

<< 1o Fixe les limites des secteurs sanitaires et des secteurs psychiatriques mentionnées au 1o de l'article L. 712-2 ;

<< 2o Arrête la nature et l'importance des installations et des activités de soins mentionnées au 2o de l'article L. 712-2 ;

<< 3o Arrête le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe prévus aux articles L. 712-3 et L. 712-3-1 ;

<< 4o Se prononce à titre définitif sur le retrait d'autorisation ou sur la modification de son contenu dans les conditions prévues à l'article L. 712-18 ;

<< 5o Exerce les compétences définies à l'article L. 712-20 ;

<< 6o Crée les établissements publics de santé, autres que nationaux, dans les conditions prévues à l'article L. 714-1 ;

<< 7o Approuve les délibérations des établissements publics de santé mentionnées au 2o de l'article L. 714-5 ;

<< 8o Exerce les compétences définies à l'article L. 714-7 ;

<< 9o Conclut les contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier dans les conditions définies à l'article L. 715-10.

<< Le directeur rend compte à la commission exécutive des décisions qu'il prend sur les matières autres que celles énumérées à l'alinéa précédent. Il la tient informée de toute suspension d'autorisation en application du premier alinéa de l'article L. 712-18.

<< Dans l'exercice des compétences définies au présent article, le directeur est soumis à l'autorité des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

<< Le directeur peut déléguer sa signature dans les conditions définies par voie réglementaire.

<< Art. L. 710-22. - Les délibérations mentionnées à l'article L. 710-20 sont exécutoires dès leur réception par le représentant de l'Etat dans la région, auquel elles sont transmises dans un délai de quinze jours. Le représentant de l'Etat défère les délibérations mentionnées aux 2o et 3o de l'article L. 710-20 qu'il estime contraires à la légalité, devant le juge administratif, dans les deux mois suivant leur réception.

<< Art. L. 710-23. - Les services départementaux et régionaux de l'Etat compétents en matière sanitaire et dont l'intervention est nécessaire à l'exercice des pouvoirs et responsabilités dévolus aux agences régionales de l'hospitalisation sont mis à la disposition de celles-ci. Le directeur de l'agence adresse directement aux chefs de service concernés les instructions nécessaires à l'exécution des tâches qu'il confie auxdits services.

<< Dans les conditions prévues par la convention constitutive, conformément aux stipulations de la convention constitutive type arrêtée par décret en Conseil d'Etat, des services régionaux mentionnés au précédent alinéa peuvent être placés pour partie sous l'autorité directe du directeur de l'agence.

<< En outre, le personnel de l'agence régionale de l'hospitalisation comprend :

<< 1o Des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement ;

<< 2o Des agents mis à disposition par les parties à la convention constitutive à la demande des agents concernés ou par tout service de l'Etat ;

<< 3o A titre exceptionnel et subsidiaire, des agents contractuels de droit public, recrutés par l'agence et soumis aux dispositions applicables aux agents non titulaires de l'Etat.

<< Les personnes collaborant aux travaux de l'agence ne peuvent détenir un intérêt direct ou indirect dans un établissement de santé de son ressort. En cas de méconnaissance de cette règle, les peines prévues au premier alinéa de l'article 432-12 du code pénal leur sont applicables.

<< Art. L. 710-24. - L'agence régionale de l'hospitalisation transmet chaque année un rapport d'activité à la conférence régionale de santé mentionnée à l'article L. 767. Ce rapport présente notamment les actions des établissements de santé correspondant aux priorités de santé publique établies par ladite conférence.

<< Art. L. 710-25. - Les conditions d'application des dispositions du présent chapitre sont définies par voie réglementaire. >>

Art. 11. - Les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique sont signées au plus tard le 31 décembre 1996 par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et les représentants des organismes concernés visés au premier alinéa du même article. Elles sont publiées au Journal officiel de la République française.

Les compétences définies à l'article L. 710-18 du même code sont exercées par les agences régionales de l'hospitalisation à la date mentionnée dans leur convention constitutive, et au plus tard le 1er juillet 1997.

A défaut de signature dans les conditions prévues ci-dessus, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent, pour l'agence concernée, le contenu de la convention constitutive conformément aux dispositions de la convention type, et fixent notamment les concours de l'Etat et des organismes d'assurance maladie prévus à l'article L. 710-17.

Art. 12. - I. - Aux articles L. 712-8 et L. 712-16 du code de la santé publique, les mots << du représentant de l'Etat >> et les mots << le représentant de l'Etat >> sont remplacés respectivement par

les mots : << de l'agence régionale de l'hospitalisation >> et par les mots : << l'agence régionale de l'hospitalisation >>.

II. - Aux autres articles du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, à l'exception des articles L. 710-19, L. 710-22, L. 712-6, L. 714-10, L. 714-29, L. 714-33, L. 714-35, L. 714-37 et L. 716-1, les mots : << représentant de l'Etat >>, << représentant de l'Etat dans le département >>,

<< représentant de l'Etat dans la région >> ou << préfet >> sont remplacés par les mots : << directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation >>, et les mots : << le ministre ou son représentant >> sont remplacés par les mots : << le ministre ou le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation >>.

III. - A l'article L. 714-1 du même code, les mots : << arrêté préfectoral >> sont remplacés par les mots : << décision du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation >>.

IV. - A l'article 201 du code de la famille et de l'aide sociale, après les mots : << le représentant de l'Etat dans le département >> sont insérés les mots : << le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation >>.

V. - A l'article 201-1 du code de la famille et de l'aide sociale, après les mots << par les organismes de sécurité sociale >> sont insérés les mots

<< , par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation >>.

Art. 13. - Jusqu'aux dates prévues par les conventions constitutives des agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique, et au plus tard jusqu'au 30 juin 1997, les compétences attribuées aux directeurs et aux commissions exécutives desdites agences par la présente ordonnance sont exercées par le représentant de l'Etat dans la région ou dans le département, à l'exception de celles prévues à l'article L. 710-16-2 du même code.

Pendant la même période, les contrats prévus à l'article L. 710-16-1 du code de la santé publique sont signés par le représentant de l'Etat dans la région, et les dispositions de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale demeurent applicables.

Art. 14. - I. - L'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter du 1er juillet 1997.

Dans le délai de dix-huit mois à compter des dates prévues par leurs conventions constitutives, et au plus tard avant le 1er janvier 1999, les agences régionales de l'hospitalisation concluent avec les établissements de santé privés bénéficiaires d'une convention passée en vertu de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale avant le 1er juillet 1997 les contrats mentionnés aux articles L. 710-16 et L. 710-16-2 du code de la santé publique, qui se substituent de plein droit aux conventions précitées.

Avant la conclusion des contrats dans les conditions définies à l'alinéa précédent, les conventions dont sont bénéficiaires les établissements sont modifiées par voie d'avenants conclus entre les agences régionales et les établissements.

II. - Le contrat tripartite national mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale est conclu avant le 31 décembre 1996.

III. - A compter du 1er juillet 1997, à l'article L. 162-21-1 du code de la sécurité sociale, les mots : << l'article L. 162-22 >> sont remplacés par les mots : << l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique >>.

TITRE V

LE FINANCEMENT

DES ETABLISSEMENTS DE SANTE

Chapitre Ier

Etablissements financés par dotation globale

Art. 15. - L'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 174-1. - Dans les établissements publics de santé et dans les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, ainsi que dans les établissements de santé à but non lucratif ayant opté, dans des conditions fixées par voie réglementaire, pour ce mode de financement, la part des dépenses prises en charge par les régimes d'assurance maladie est financée sous la forme d'une dotation globale annuelle.

<< Le montant de la dotation globale annuelle de chaque établissement est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, conformément au budget approuvé dans les conditions prévues par l'article L. 714-7 du code de la santé publique et précisées par voie réglementaire. >>

Art. 16. - Il est inséré, après l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, un article L. 174-1-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 174-1-1. - Chaque année, les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'économie déterminent, en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements visés à l'article L. 174-1 prises en charge par les régimes d'assurance maladie et, corrélativement, le montant total annuel des dépenses hospitalières prises en compte pour le calcul de la dotation globale et des tarifs de prestations des établissements susvisés.

<< Ce montant total annuel est fixé par application d'un taux d'évolution aux dépenses de l'année précédente, au plus tard dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale.

<< Le montant total annuel ainsi calculé des dépenses hospitalières autorisées est constitué en dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales, en matière de politique sanitaire, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements appréciés selon les modalités prévues aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique, et en ayant pour objectif la réduction progressive des inégalités de ressources entre régions et établissements.

<< Le montant des dotations régionales peut être minoré à concurrence des financements affectés au fonctionnement des structures régies par les articles L. 174-7 à L. 174-10.

<< Le montant des dotations régionales peut également être majoré ou minoré en cours d'année pour prendre en compte les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé, ou des services et activités de ces établissements :

<< a) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

<< b) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. >>

Art. 17. - L'article L. 714-7 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 714-7. - I. - Le budget et les décisions modificatives mentionnés au 3o de l'article L. 714-4 sont préparés et présentés par le directeur. Le budget de l'année est voté par le conseil d'administration au plus tard le 15 octobre de l'année précédente. Il est établi en cohérence avec les éléments financiers figurant au contrat mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1.

<< Les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes qui figurent au budget sont présentées et votées par groupes fonctionnels, dont la composition est conforme à une nomenclature fixée par décret. Les décisions modificatives sont présentées et votées dans les mêmes formes.

<< Les délibérations relatives au budget et aux décisions modificatives sont transmises sans délai au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation en vue de leur approbation.

<< Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut modifier le montant global des dépenses et des recettes prévues ainsi que leur répartition entre les groupes fonctionnels compte tenu, d'une part et prioritairement, du montant de la dotation régionale définie à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et, d'autre part, des orientations du schéma régional d'organisation sanitaire et des priorités de la politique de santé, du projet d'établissement mentionné à l'article L. 714-11, du contrat pluriannuel défini aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1 et de son exécution, ainsi que de l'activité et des coûts de l'établissement, appréciés selon les modalités prévues aux articles L. 710-6 et L. 710-7 et comparés à ceux des autres établissements de la région et de la France entière.

<< Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dispose d'un délai de quarante-cinq jours à compter de la réception du budget ou des décisions modificatives pour faire connaître les modifications qu'il estime nécessaires. Ce délai est fixé à trente jours pour les décisions modificatives qui ne modifient pas le montant total des dépenses et des recettes du budget. Dans un délai de quinze jours à compter de la réception de ces observations, le conseil d'administration peut faire de nouvelles propositions. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dispose d'un délai de trente jours à compter de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour arrêter définitivement les autorisations de dépenses et les prévisions de recettes du budget de l'année et, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs de prestation mentionnés respectivement aux articles L. 174-1 et L. 174-3 du code de la sécurité sociale. S'agissant des décisions modificatives, ce dernier délai est fixé à quinze jours à compter de la réception des propositions du conseil d'administration.

<< Au vu de la décision motivée du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrêtée dans les conditions ci-dessus, le directeur procède, dans un délai de quinze jours suivant cette décision, à la répartition des autorisations de dépenses et des prévisions de recettes approuvées entre les comptes de chaque groupe fonctionnel. En sa plus prochaine séance, le conseil d'administration est informé de cette répartition. Le budget ainsi réparti est exécutoire à compter de la date de sa transmission au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

<< II. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à chacun des établissements de délibérer sur une décision modificative prenant en compte les corrections budgétaires ainsi que l'ajustement de la dotation globale et des tarifs de prestations, rendus nécessaires pour permettre le respect du montant de la dotation régionale en cas de révision de son montant.

<< A défaut d'adoption par le conseil d'administration de la décision modificative mentionnée à l'alinéa précédent dans un délai de trente jours à compter de la réception de cette demande, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête la décision modificative du budget, la rend exécutoire et arrête, en conséquence, le montant de la dotation globale annuelle et les tarifs de prestations. >>

Art. 18. - La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 714-14 du code de la santé publique est remplacée par les dispositions suivantes :

<< Les recettes dégagées par ces activités donnent lieu à l'inscription au budget de dépenses non comprises dans la dotation régionale prévue à l'article L. 714-7 du présent code et à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. >>

Art. 19. - L'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 174-5. - La prise en charge, par les régimes d'assurance maladie ou par l'aide sociale, des dépenses afférentes aux prestations dispensées par les unités ou centres mentionnés à l'article L. 716-5 du code de la santé publique est régie par l'article L. 716-6 du même code. Le montant annuel des

dépenses à la charge de l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1. >>

Art. 20. - L'article L. 174-12 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1o A la fin du premier alinéa est ajoutée la phrase suivante : << Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1. >> ;

2o Dans la première phrase du deuxième alinéa, les mots : << l'antépénultième alinéa de l'article 22 de la loi no 70-1318 du 31 décembre 1970 >> sont remplacés par les mots : << l'article L. 714-7 du code de la santé publique >>.

Chapitre II

Hospitalisation privée non financée par dotation globale

Art. 21. - Les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 ainsi rédigés :

<< Art. L. 162-22-1. - Un contrat tripartite national est conclu, pour cinq ans, entre, d'une part, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, d'autre part, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale de l'assurance maladie et, enfin, une au moins des organisations syndicales membres du comité professionnel national de l'hospitalisation privée mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 162-22-2. Il détermine :

<< 1o Les obligations respectives des agences régionales de l'hospitalisation, des organismes d'assurance maladie et des établissements de santé privés régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

<< 2o La classification des prestations d'hospitalisation tenant compte des traitements par pathologie ou par groupes de pathologies ;

<< 3o Les modalités de prise en compte financière des évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé, ou des services et activités de ces établissements :

a) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale au cours de l'année au titre de laquelle l'accord est conclu, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

<< b) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique au cours de l'année au titre de laquelle l'accord est conclu, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;

<< 4o Les modalités de gestion des montants régionaux des frais d'hospitalisation définis au 3o de l'article L. 162-22-2 ;

<< 5o Les modalités de transmission par les établissements aux agences régionales de l'hospitalisation et aux organismes d'assurance maladie des informations relatives d'une part aux frais d'hospitalisation, d'autre part aux honoraires des professionnels de santé y exerçant leur activité ; sur la base de ces informations, l'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement ou structure ;

<< 6o Les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation, de l'exécution des obligations contractuelles qui s'imposent aux établissements ;

<< 7o Les sanctions applicables en cas de manquement par les établissements à leurs obligations législatives et réglementaires ou aux stipulations des contrats mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, et leurs modalités de mise en oeuvre ;

<< 8o Les prestations pour exigence particulière des patients sans fondement médical qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.

<< A défaut de conclusion du contrat tripartite national avant l'échéance du contrat en cours, un arrêté interministériel fixe, après information par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales les plus représentatives des établissements privés de santé, le contenu des 1o à 8o ci-dessus.

<< Un arrêté interministériel détermine les tarifs de responsabilité applicables aux établissements de santé privés n'ayant pas conclu de contrat avec l'agence régionale de l'hospitalisation.

<< Art. L. 162-22-2. - Chaque année est conclu, entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'une au moins des organisations syndicales nationales les plus représentatives des établissements privés de santé régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, un accord fixant :

<< 1o La répartition par discipline du montant total annuel, arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes d'assurance maladie des établissements ayant passé contrat avec les agences régionales de l'hospitalisation en application des articles L. 710-16 et L. 710-16-2 du code de la santé publique ;

<< 2o La prise en compte financière, dans le montant total annuel mentionné au 1o, des évolutions mentionnées au 3o de l'article L. 162-22-1 ;

<< 3o A compter du 1er janvier 1998, la répartition, par région, des montants visés au 1o ; en vue de résorber progressivement les inégalités de dotations entre régions, la fixation de ces montants tient compte des besoins de la population, des orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, ainsi que des informations sur l'activité des établissements visées aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique ;

<< 4o Les tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré ;

<< 5o Les modalités de la détermination des sommes dues aux établissements de santé privés compte tenu, d'une part, du nombre et de la nature des prestations prises en charge par l'assurance maladie et, d'autre part, des modalités de cette prise en charge ;

<< 6o Les modalités de versement de ces sommes.

<< La ou les organisations syndicales signataires de cet accord constituent le comité professionnel national de l'hospitalisation privée, et sont habilitées à conclure et à gérer le contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1.

<< Toutefois, cette ou ces organisations peuvent proposer aux organisations syndicales nationales les plus représentatives non signataires d'entrer dans le Comité professionnel national de l'hospitalisation privée avec une représentation minoritaire.

<< Les organisations syndicales nationales les plus représentatives non signataires de l'accord peuvent y adhérer en cours d'année. Elles deviennent alors membres du Comité professionnel national de l'hospitalisation privée.

<< L'accord visé au premier alinéa du présent article est applicable à compter du 1er janvier de l'année au titre de laquelle il est conclu. A défaut de conclusion de cet accord dans un délai de quinze jours après la date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale, un arrêté interministériel fixe le contenu des 1o à 6o ci-dessus. >>

Chapitre III

Etablissements relevant du régime du prix de journée

Art. 22. - Il est inséré à la section III du chapitre V du titre Ier du livre VII du code de la santé publique un article L. 715-13 ainsi rédigé :

<< Art. L. 715-13. - Les établissements de santé privés à but non lucratif ne participant pas à l'exécution du service public hospitalier mentionnés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale sont, pour ce qui concerne leurs activités définies par les articles L. 711-1 et L. 711-2 et la procédure budgétaire applicable, soumis aux dispositions fixées à l'article L. 714-7 et au deuxième alinéa de l'article L. 715-7.

<< Ces établissements sont assimilés aux établissements publics de santé en ce qui concerne l'accès des assurés sociaux et des personnes bénéficiaires de l'aide sociale.

<< Ils doivent satisfaire aux conditions fixées par le premier alinéa de l'article L. 715-8 et relèvent des dispositions de l'article L. 710-16-1. >>

Art. 23. - Il est créé au chapitre 4 du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale une section 7 ainsi rédigée :

<< Section 7

<< Dépenses afférentes aux soins dispensés

dans les maisons d'enfants à caractère sanitaire

<< Art. L. 174-14. - Pour les maisons d'enfants à caractère sanitaire privées à but non lucratif ayant opté, dans des conditions fixées par voie réglementaire, pour ce mode de financement, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie fait l'objet d'une dotation globale déterminée selon les modalités fixées par l'article L. 174-1.

<< Elles sont soumises à ce titre aux dispositions fixées par l'article L. 715-13 du code de la santé publique.

<< Le montant des dépenses correspondantes est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1. >>

Art. 24. - I. - Les établissements de santé privés à but lucratif ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire privées à but lucratif mentionnées à l'article L. 199 du code de la santé publique relevant du régime du prix de journée prévu aux articles L. 162-23 et L. 162-25 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 203 du code de la santé publique, y compris les établissements de soins relevant de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale soumis à titre dérogatoire, à la date de publication de la présente ordonnance, à ce régime financier, sont régis par les articles L. 710-16-2 du code de la santé publique et L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale à compter du 1er janvier 1997.

II. - A titre transitoire, par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et jusqu'à la mise en place de la classification des prestations mentionnée au 2o de l'article L. 162-22-1 du même code, les établissements visés au I ci-dessus font l'objet des dispositions suivantes.

Un accord annuel entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'une ou plusieurs organisations syndicales nationales parmi les plus représentatives des établissements de santé privés visés à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, est conclu dans les conditions prévues par l'article L. 162-22-2 du même code.

Les tarifs mentionnés au 4o de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale comprennent l'ensemble des frais pris en charge par l'assurance maladie à l'occasion de l'hospitalisation des patients, y compris la rémunération du personnel médical.

Dans chaque établissement, ces tarifs sont établis, pour la première année d'application des présentes dispositions, par référence aux tarifs moyens d'hospitalisation de l'exercice 1996, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

A défaut de conclusion de l'accord mentionné au deuxième alinéa du présent II dans un délai de quinze jours après la date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale, un arrêté interministériel s'y substitue dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale.

Art. 25. - Les établissements de santé privés à but non lucratif ainsi que les maisons d'enfants à caractère sanitaire privées à but non lucratif mentionnées à l'article L. 199 du code de la santé publique relevant du régime du prix de journée prévu aux articles L. 162-23, L. 162-23-1 et L. 162-25 du code de la sécurité sociale ou à l'article L. 203 du code de la santé publique sont régis soit par le régime de financement fixé par les articles L. 710-16-2 du code de la santé publique, L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale à compter du 1er janvier 1997, soit par le régime de financement fixé par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale à compter du 1er janvier 1998.

Lesdits établissements optent, avant le 1er septembre 1996, pour l'un ou l'autre de ces régimes dans des conditions fixées par voie réglementaire.

Les établissements ayant opté pour le régime du conventionnement sont régis par les dispositions de l'article 24 de la présente ordonnance. Ceux ayant opté pour la dotation globale de financement sont régis, à titre transitoire, par l'article 26.

Art. 26. - I. - Jusqu'au 31 décembre 1997, le tarif d'hospitalisation et le tarif de responsabilité applicables aux établissements de santé privés à but non lucratif visés à l'article 25 de la présente ordonnance ayant opté pour le régime de financement fixé par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale sont fixés dans les conditions suivantes :

1o Le prix de journée tient lieu de tarif d'hospitalisation ;

2o Le tarif de responsabilité est fixé comme au 1o ci-dessus.

II. - Pour la première année de mise en oeuvre de la dotation globale visée par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale dans les établissements de santé privés à but non lucratif mentionnés à l'article 25 de la présente ordonnance ayant opté pour ce mode de financement, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie est établie par référence aux produits de la facturation des frais de séjour de l'année 1996, actualisés notamment en fonction du taux d'évolution des dépenses hospitalières de l'exercice 1997, selon des modalités fixées par voie réglementaire.

Art. 27. - I. - Les articles L. 162-23, L. 162-23-1, L. 162-24, L. 162-25 et L. 162-26 du code de la sécurité sociale sont abrogés à compter du 1er janvier 1997.

II. - L'article L. 203 du code de la santé publique est abrogé à compter du 1er janvier 1997.

TITRE VI

L'ORGANISATION ET L'EQUIPEMENT SANITAIRES

Art. 28. - I. - L'article L. 712-3-1 du code de la santé publique est modifié comme suit :

1o Au premier alinéa, le mot « indique » est remplacé par le mot « détermine » ;

2o Le deuxième alinéa est supprimé.

II. - Le 2o de l'article L. 712-9 du même code est complété par les mots :

<< ainsi qu'avec l'annexe du schéma mentionnée à l'article L. 712-3-1 >>.

III. - Les annexes aux schémas d'organisation sanitaire mentionnées à l'article L. 712-3-1 du code de la santé publique, élaborées avant la publication de la présente ordonnance, sont des documents à caractère indicatif.

Art. 29. - Il est créé, à la section I du chapitre II du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, un article L. 712-3-2 ainsi rédigé :

<< Art. L. 712-3-2. - En vue de mieux répondre à la satisfaction des besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire et par le schéma d'organisation sanitaire, les établissements de santé peuvent constituer des réseaux de soins spécifiques à certaines installations et activités de soins, au sens de l'article L. 712-2, ou à certaines pathologies.

<< Les réseaux de soins ont pour objet d'assurer une meilleure orientation du patient, de favoriser la coordination et la continuité des soins qui lui sont dispensés et de promouvoir la délivrance de soins de proximité de qualité. Ils peuvent associer des médecins libéraux et d'autres professionnels de santé et des organismes à vocation sanitaire ou sociale.

<< Les établissements de santé peuvent participer aux actions expérimentales visées à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale.

<< La convention constitutive du réseau de soins est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. >>

Art. 30. - Il est créé, à la même section du code de la santé publique, deux articles L. 712-3-3 et L. 712-3-4 ainsi rédigés :

<< Art. L. 712-3-3. - Les communautés d'établissements de santé sont constituées, au sein d'un secteur sanitaire, entre établissements assurant le service public hospitalier, mentionnés à l'article L. 711-4.

<< Toutefois, une communauté d'établissements de santé peut être constituée entre des établissements relevant de plusieurs secteurs sanitaires d'une même région sanitaire, dès lors qu'ils sont situés dans le même pays au sens de l'article 22 de la loi no 95-115 du 4 février 1995 d'orientation pour l'aménagement et le développement du territoire.

<< Les communautés d'établissements ont pour but de :

<< 1o Favoriser les adaptations des établissements de santé aux besoins de la population et les redéploiements des moyens qu'elles impliquent ;

<< 2o Mettre en oeuvre des actions de coopération et de complémentarité, notamment celles prévues par le schéma régional d'organisation sanitaire et son annexe ;

<< 3o Répondre aux besoins de services de proximité non satisfaits dans le domaine médico-social, notamment pour les personnes âgées et les personnes handicapées.

<< Une charte fixe les objectifs de la communauté et indique les modalités juridiques de mise en oeuvre choisies par les établissements parmi celles fixées à l'article L. 713-12. La charte est agréée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

<< Art. L. 712-3-4. - A l'issue d'un délai de trois ans à compter de la date de publication de l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996, les établissements publics de santé qui n'ont adhéré à aucune communauté d'établissements sont tenus d'en justifier dans un rapport adressé au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

<< Le directeur de l'agence peut, au vu des termes de ce rapport, mettre en oeuvre les dispositions prévues à l'article L. 712-20. >>

Art. 31. - I. - L'article L. 712-6 du code de la santé publique est modifié ainsi qu'il suit :

1o Le quatrième alinéa est complété par la phrase suivante :

<< Ils comprennent en outre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation. >>

2o Il est inséré, après le cinquième alinéa, un alinéa ainsi rédigé :

<< Un collège régional d'experts est créé auprès de chaque comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. Ses missions, sa composition et les modalités de sa coopération avec l'agence régionale de l'hospitalisation sont fixées par décret. >>

3o Au dernier alinéa, les mots : << les services de l'Etat et les organismes d'assurance maladie >> sont remplacés par les mots : << l'agence régionale de l'hospitalisation >>.

II. - L'article L. 712-6-1 du code de la santé publique est abrogé.

Art. 32. - L'article L. 712-11 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 712-11. - Le regroupement mentionné à l'article L. 712-8 consiste, pour un ou plusieurs établissements de santé, à réunir en un même lieu tout ou partie des lits ou des places précédemment autorisés sur des sites distincts à l'intérieur de la même région sanitaire.

<< La conversion mentionnée à l'article L. 712-8 consiste, pour un établissement de santé, à transformer pour tout ou partie de ses lits ou places, la nature de ses installations ou activités de soins, au sens de l'article L. 712-2.

<< Par dérogation au 1o de l'article L. 712-9, l'autorisation de regroupement ou de conversion peut être accordée à des établissements situés dans une zone sanitaire dont les moyens excèdent les besoins de la population tels qu'ils sont pris en compte par la carte sanitaire. Cette autorisation, outre les conditions prévues aux 2o et 3o de l'article L. 712-9, est subordonnée aux conditions suivantes :

<< 1o Chaque opération de regroupement ou de conversion, même simultanée, doit être assortie d'une réduction du nombre des lits ou des places autorisés. Cette réduction tient compte des excédents de moyens constatés dans la zone considérée ; elle ne peut dépasser un plafond. Elle est plus importante lorsque le regroupement concerne des lits ou des places ne relevant pas tous du même secteur ou groupe de secteurs sanitaires ou psychiatriques.

<< Lorsque, dans la zone sanitaire où s'opère le regroupement ou la conversion, l'excédent de moyens constaté dépasse un certain seuil, le plafond est majoré. Un décret fixe les modalités de calcul de la réduction et du plafond.

<< 2o L'opération ne peut être autorisée si elle a pour effet, dans une des zones sanitaires concernées, de rendre les moyens déficitaires dans la ou les disciplines en cause.

<< 3o Lorsque le projet tend à réunir des lits ou des places précédemment autorisés dans des secteurs ou groupes de secteurs sanitaires ou psychiatriques différents, le regroupement doit se réaliser dans celui de ces secteurs ou groupes de secteurs qui présente le taux d'excédent le moins élevé ou dans tout autre secteur ou groupe de secteurs de la région sanitaire présentant un taux d'excédent inférieur.

<< Lorsqu'un tel projet porte sur des installations de nature différente, le secteur ou groupe de secteurs pris en considération pour l'application de cette condition est celui qui présente le taux d'excédent le plus bas à l'égard de celle des installations à regrouper qui est la plus importante en nombre de lits ou de places.

<< Le regroupement ou la conversion est subordonné, s'il y a lieu, au retrait de l'autorisation relative à la partie des installations ou activités de soins insuffisamment occupées, utilisées ou mises en oeuvre dans les conditions d'appréciation prévues à l'article L. 712-17-1. Dans ce cas, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé, dans le cas mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 712-16, informe le titulaire de l'autorisation de son intention de procéder à son retrait partiel dans le respect d'une procédure contradictoire définie par voie réglementaire.

<< Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux cessions d'établissements ne donnant pas lieu à une augmentation de capacité ou à un regroupement d'établissements. >>

Art. 33. - L'article L. 712-12-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 712-12-1. - L'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 est subordonnée au respect d'engagements relatifs, d'une part, aux dépenses à la charge de l'assurance maladie ou au volume d'activité et, d'autre part, à la réalisation d'une évaluation dans des conditions fixées par décret. >>

Art. 34. - La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 712-14 du code de la santé publique est remplacée par les dispositions suivantes :

<< Le renouvellement de cette autorisation est subordonné aux conditions prévues aux 2o et 3o de l'article L. 712-9, à celles fixées à l'article L. 712-12-1 et aux résultats de l'évaluation appréciés selon des modalités arrêtées par le ministre chargé de la santé. >>

Art. 35. - Il est ajouté à l'article L. 712-15 du code de la santé publique un second alinéa ainsi rédigé :

<< Dans le mois qui précède le début de chaque période, pour chaque installation ou activité de soins pour lesquelles les besoins de la population sont mesurés par un indice, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé, selon les cas, publie un bilan de la carte sanitaire faisant apparaître les zones sanitaires dans lesquelles les besoins de la population ne sont pas satisfaits. Les demandes tendant à obtenir une autorisation de création, d'extension d'un établissement de santé ou d'une installation au sens de l'article L. 712-2 ou de mise en oeuvre ou extension d'une activité de soins ne sont recevables, pour la période considérée, que pour des projets intéressant ces zones sanitaires.

<< Toutefois, dans l'intérêt de la santé publique, des demandes peuvent être reçues lorsqu'elles visent à satisfaire des besoins exceptionnels. >>

Art. 36. - L'article L. 712-17 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Toute autorisation est réputée caduque si l'opération n'a pas fait l'objet d'un commencement d'exécution dans un délai de trois ans.

<< L'autorisation est également réputée caduque pour la partie de l'établissement, de l'installation ou de l'activité de soins dont la réalisation, la mise en oeuvre ou l'implantation n'est pas achevée dans un délai de quatre ans.

<< De même, sauf accord préalable du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation sur demande justifiée du titulaire de l'autorisation, de l'administrateur judiciaire ou du liquidateur nommé par le tribunal de commerce, la cessation d'exploitation d'un établissement, d'une installation ou d'une activité de soins d'une durée supérieure à six mois entraîne la caducité de l'autorisation.

<< Cette caducité est constatée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation ou par le ministre chargé de la santé. >>

Art. 37. - L'article L. 712-17-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 712-17-1. - Lorsqu'il est constaté que les taux d'occupation des installations, ou d'utilisation des équipements, ou le niveau des activités de soins, appréciés et calculés selon des critères identiques entre établissements publics et privés prenant en compte les caractéristiques des patients hospitalisés, sont durablement inférieurs, pendant une période déterminée, à des taux ou niveaux correspondant à une occupation, une utilisation ou une capacité normales déterminées par décret, l'autorisation mentionnée à l'article L. 712-8 donnée à un établissement, une installation, un équipement matériel lourd ou une activité de soins peut être retirée, totalement ou partiellement, par l'agence régionale de

l'hospitalisation ou par le ministre chargé de la santé, dans le cas mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 712-16, dans la limite des besoins de la population et de l'intérêt des malades.

<< Les critères d'appréciation et de calcul des taux d'occupation des installations, d'utilisation des équipements ou du niveau des activités de soins, ainsi que la période mentionnée au premier alinéa, sont fixés par voie réglementaire. Cette période peut varier en fonction de la nature des installations, équipements ou activités de soins, sans pouvoir être inférieure à deux ans. Il est tenu compte, pour la période antérieure à la date de publication de l'ordonnance no 96-346 du 24 avril 1996, des taux d'occupation, niveau d'utilisation, niveau d'activité et capacité publiés dans les statistiques officielles du ministère des affaires sociales prenant en compte les déclarations faites par les établissements.

<< L'établissement dispose d'un délai de trois mois pour présenter ses observations à compter de la date de notification, par l'agence régionale de l'hospitalisation ou le ministre chargé de la santé, des motifs du projet de retrait d'autorisation. La décision de retrait est motivée. Elle est prise après consultation, selon le cas, du comité régional ou du Comité national de l'organisation sanitaire et sociale, auquel aura été préalablement communiqué l'ensemble des éléments de procédure contradictoire. >>

Art. 38. - I. - Il est créé, à la section II du chapitre II du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, un article L. 712-20 ainsi rédigé :

<< Art. L. 712-20. - I. - En vue d'adapter le système hospitalier aux besoins de la population et de préserver leur qualité dans l'intérêt des malades au meilleur coût, par un redéploiement de services, activités ou équipements hospitaliers, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander à deux ou plusieurs établissements publics de santé :

<< 1o De conclure une convention de coopération ;

<< 2o De créer un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public ;

<< 3o De prendre une délibération tendant à la création d'un nouvel établissement public de santé par fusion des établissements concernés.

<< La demande du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit être motivée. Les conseils d'administration des établissements concernés se prononcent dans un délai de trois mois sur cette création ou cette convention. Dans la mesure où sa demande ne serait pas suivie d'effet, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut, après avoir recueilli l'avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale, prendre les mesures appropriées pour que les établissements concluent une convention de coopération, adhèrent à un réseau de soins ou créent un syndicat interhospitalier ou un groupement d'intérêt public, ou prononcer la fusion des établissements publics de santé concernés.

<< II. - Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut demander, dans le cadre d'une opération de restructuration ou de coopération, la suppression d'emplois médicaux et des crédits y afférents ainsi que la création d'emplois médicaux et l'ouverture des crédits correspondants dans le ou les établissements publics de santé appelés à recevoir les patients des services supprimés ou convertis.

<< A défaut de l'adoption de ces mesures dans un délai de deux mois par les conseils d'administration des établissements concernés, le directeur de l'agence régionale prend les décisions qui rendent ces mesures exécutoires de plein droit dès leur réception par les établissements. Les praticiens hospitaliers titulaires demeurent nommés sur les emplois transférés. >>

II. - L'article 40 de la loi du 18 janvier 1994 susvisée est abrogé.

TITRE VII
LA COOPERATION ENTRE ETABLISSEMENTS
PUBLICS ET PRIVES DE SANTE

Art. 39. - I. - Au chapitre III du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, la section III devient la section IV.

II. - Il est créé au même chapitre une section III ainsi rédigée :

<< Section III

<< Les groupements de coopération sanitaire

<< Art. L. 713-11-1. - Un groupement de coopération sanitaire peut être constitué par deux ou plusieurs établissements de santé qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 713-5 pour constituer entre eux un syndicat interhospitalier.

<< Le groupement de coopération sanitaire réalise et gère, pour le compte de ses membres, des équipements d'intérêt commun y compris des plateaux techniques tels des blocs opératoires ou des services d'imagerie médicale, ou constitue le cadre d'interventions communes des professionnels médicaux et non médicaux.

<< Le groupement, qui n'est pas un établissement de santé, est doté de la personnalité morale. Son but n'est pas de réaliser des bénéfices. Il n'est pas employeur.

<< Le groupement peut détenir des autorisations d'équipements matériels lourds visées au 2o de l'article L. 712-8.

<< Art. L. 713-11-2. - L'assemblée générale des membres du groupement est habilitée à prendre toute décision intéressant le groupement ; elle élit, en son sein, un administrateur qui est chargé de la mise en oeuvre de ses décisions.

<< La convention constitutive du groupement doit être approuvée et publiée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation.

<< Le groupement peut être créé avec ou sans capital. Les charges d'exploitation sont couvertes exclusivement par les participations de ses membres.

<< Les conditions d'intervention des personnels sont précisées dans la convention constitutive.

<< Les membres du groupement sont responsables de sa gestion proportionnellement à leurs apports ou à leurs participations.

<< Les conditions d'application de la présente section sont définies par voie réglementaire. >>

Art. 40. - La première phrase de l'article L. 713-5 du code de la santé publique est complétée par les mots : << dont un au moins doit être un établissement public de santé. >>

TITRE VIII
L'ORGANISATION DES ETABLISSEMENTS
PUBLICS DE SANTE

Art. 41. - Le troisième alinéa de l'article L. 714-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Ils sont administrés par un conseil d'administration et dirigés par un directeur nommé, après avis du président du conseil d'administration :

<< - par décret du Premier ministre, pour les établissements figurant sur une liste fixée par décret ;

<< - par arrêté du ministre chargé de la santé pour les autres établissements. >>

Art. 42. - L'article L. 714-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 714-2. - Le conseil d'administration des établissements publics de santé comprend six catégories de membres :

<< 1o Des représentants des collectivités territoriales ;

<< 2o Des représentants du personnel médical, odontologique et pharmaceutique ;

<< 3o Un représentant de la commission du service de soins infirmiers prévue à l'article L. 714-26 ;

<< 4o Des représentants du personnel relevant du titre IV du statut général des fonctionnaires ;

<< 5o Des personnalités qualifiées ;

<< 6o Des représentants des usagers.

<< En outre, dans les établissements comportant des unités de soins de longue durée, un représentant des familles de personnes accueillies en long séjour peut assister, avec voix consultative, aux réunions du conseil d'administration.

<< Les catégories mentionnées au 2o d'une part, et aux 3o et 4o d'autre part, comptent un nombre égal de membres ; elles ne peuvent détenir ensemble un nombre de sièges supérieur à la catégorie mentionnée au 1o.

<< La catégorie mentionnée au 5o comporte au moins un médecin et un représentant des professions paramédicales non hospitaliers.

<< Le président et le vice-président de la commission médicale d'établissement sont membres de droit du conseil d'administration de l'établissement, au titre de la catégorie mentionnée au 2o ci-dessus.

<< Dans les centres hospitaliers régionaux faisant partie d'un centre hospitalier et universitaire, le directeur de l'unité de formation et de recherche de médecine ou le président du comité de coordination de l'enseignement médical est, en outre, membre de droit du conseil d'administration.

<< La présidence du conseil d'administration des établissements communaux est assurée par le maire, celle du conseil d'administration des établissements départementaux par le président du conseil général.

<< Toutefois, le président du conseil général ou le maire peut renoncer à la présidence du conseil d'administration pour la durée de son mandat électif.

Dans ce cas, il désigne son remplaçant au sein de l'une des catégories mentionnées au 1o et au 5o ci-dessus.

<< Le président du conseil d'administration désigne, parmi les représentants des catégories mentionnées au 1o ou au 5o ci-dessus, celui qui le supplée en cas d'empêchement.

<< Les représentants mentionnés au 1o ci-dessus sont désignés par les assemblées des collectivités territoriales qu'ils représentent.

<< Pour les établissements intercommunaux et interdépartementaux, l'acte de création désigne le président du conseil d'administration parmi les représentants des catégories mentionnées au 1o ou au 5o ci-dessus.

<< Les modalités d'application du présent article sont définies par voie réglementaire. >>

Art. 43. - L'article L. 714-4 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Le 1o est remplacé par les dispositions suivantes :

<< 1o Le projet d'établissement, y compris le projet médical, et le contrat pluriannuel visé aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1, après avoir entendu le président de la commission médicale d'établissement ; >> ;

b) Le 8o est remplacé par les dispositions suivantes :

<< 8o La constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 712-3-3, les actions de coopération visées aux sections II, III et IV du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, et les conventions concernant les actions de coopération internationale ; >> ;

c) Au 13o après les mots << règlement intérieur >> sont ajoutés les mots << dans le respect des dispositions prévues à l'article L. 710-1-2 >> ;

d) Il est ajouté un 18o ainsi rédigé :

<< 18o La création d'une structure prévue à l'article L. 714-36. >>

Art. 44. - Au 2o de l'article L. 714-5 du code de la santé publique, les mots << mentionné à l'article L. 712-4 >> sont remplacés par les mots << mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1 >>.

Art. 45. - L'article L. 714-6 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1o Le premier alinéa est complété par les mots : << conformément aux engagements pris au contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1. >> ;

<< 2o Au deuxième alinéa du même article, les mots : << et aux organismes de sécurité sociale >> sont supprimés.

Art. 46. - L'article L. 714-16 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

<< Art. L. 714-16. - Dans chaque établissement public de santé est instituée une commission médicale d'établissement composée des représentants des personnels médicaux, odontologiques et pharmaceutiques qui élit son président et dont la composition et les règles de fonctionnement sont fixées par voie réglementaire.

<< La commission médicale d'établissement :

<< 1o Prépare avec le directeur le projet médical de l'établissement qui définit, pour une durée maximale de cinq ans, les objectifs médicaux compatibles avec les objectifs du schéma d'organisation sanitaire ;

<< 2o Prépare avec le directeur les mesures d'organisation des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques de l'établissement, conformément à la section III du présent chapitre ;

<< 3o Prépare avec le directeur la définition des orientations et les mesures relatives à la politique d'amélioration continue de la qualité visée à l'article L. 710-4 ;

<< 4o Organise la formation continue des praticiens visés au 2o de l'article L. 714-27 et, à cet effet, prépare avec le directeur les plans de formation correspondants ; exerce, en formation restreinte, les compétences relatives à la formation médicale continue des praticiens dans les conditions prévues à l'article L. 367-2 ;

<< 5o Emet un avis sur le projet d'établissement, sur les programmes d'investissement relatifs aux travaux et équipements matériels lourds, sur le projet de contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1, sur le rapport prévu à l'article L. 714-6, sur le projet de budget, sur les comptes de l'établissement, ainsi que sur tous les aspects techniques et financiers des activités médicales, odontologiques et pharmaceutiques ;

<< 6o Emet un avis sur la constitution d'un réseau de soins mentionné à l'article L. 712-3-2, d'une communauté d'établissements de santé mentionnée à l'article L. 712-3-3 ainsi que sur les actions de coopération visées aux sections II, III et IV du chapitre III du présent titre en ce qu'elles concernent la création d'un syndicat interhospitalier, d'un groupement de coopération sanitaire, d'un groupement d'intérêt public, d'un groupement d'intérêt économique, l'affiliation ou l'adhésion à ces structures ou le retrait de l'une d'elles, et les conventions concernant les actions de coopération internationale ;

<< 7o Emet un avis sur le fonctionnement des services autres que médicaux, odontologiques et pharmaceutiques, dans la mesure où ils intéressent la qualité des soins ou la santé des malades ;

<< 8o Emet un avis sur le projet des soins infirmiers, tel qu'il est défini à l'article L. 714-26 ;

<< 9o Emet un avis sur le bilan social, les plans de formation, et notamment ceux intéressant les personnels paramédicaux, et les modalités de mise en oeuvre d'une politique d'intéressement ;

<< 10o Est régulièrement tenue informée de l'exécution du budget et des créations, suppressions ou transformations d'emplois de praticiens hospitaliers ;

<< 11o Emet un avis sur les modalités de constitution des centres de responsabilité dans les conditions prévues à l'article L. 714-26-1 et sur la désignation des responsables de ces centres.

<< En outre, à la demande du président du conseil d'administration, du directeur de l'établissement, de son propre président, du tiers de ses membres, ou du chef de service, ou du chef de département, ou du coordonnateur concerné, ou du responsable d'une structure médicale telle que définie à l'article L. 714-25-2, la commission délibère sur les choix médicaux de l'année à venir dans le respect de la dotation budgétaire allouée et compte tenu de décisions prises par le conseil d'administration et le directeur en application des articles L. 714-4 et L. 714-12.

<< La commission médicale d'établissement peut mandater son président pour préparer les décisions visées aux 1o et 2o du présent article.

<< Le président de la commission médicale d'établissement est associé à la préparation du contrat pluriannuel prévu aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1. >>

Art. 47. - L'article L. 714-18 du code de la santé publique est ainsi modifié :

a) Au 1o, après les mots : << le projet d'établissement, >> sont insérés les mots : << le projet de contrat pluriannuel mentionné aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1 >> ;

b) Les 4o à 9o deviennent respectivement les 5o à 10o ;

c) Il est inséré un 4o ainsi rédigé :

<< 4o Emet un avis sur les modalités de constitution des centres de responsabilité dans les conditions prévues à l'article L. 714-26-1 ; >> ;

d) Au 10o, les mots << sections II et III >> sont remplacés par les mots << sections II, III et IV >> et après les mots : << la création ou l'adhésion >> sont insérés les mots : << à un groupement de coopération sanitaire, >>.

Art. 48. - Le deuxième alinéa de l'article L. 714-25-2 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Cette décision est prise à l'initiative du président du conseil d'administration, du président de la commission médicale d'établissement ou du directeur de l'établissement, après avis conforme de la commission médicale d'établissement siégeant en formation restreinte aux praticiens titulaires. Le comité technique d'établissement est consulté. >>

Art. 49. - L'article L. 714-36 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 714-36. - Dans le respect des dispositions relatives au service public hospitalier édictées à la section II du chapitre Ier du présent titre, et dans les conditions et sous les garanties fixées par voie réglementaire, les centres hospitaliers autres que les centres hospitaliers régionaux peuvent être autorisés à créer et faire fonctionner une structure médicale dans laquelle les malades, blessés et femmes enceintes admis à titre payant peuvent faire appel aux médecins, chirurgiens, spécialistes ou sages-femmes de leur choix autres que ceux exerçant leur activité à titre exclusif dans l'établissement.

<< Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, les intéressés perçoivent leurs honoraires, minorés d'une redevance, par l'intermédiaire de l'administration hospitalière.

<< Sans préjudice des dispositions de l'article L. 712-8, la création ou l'extension d'une telle structure est soumise à l'autorisation du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du comité régional de l'organisation sanitaire et sociale. L'autorisation est accordée pour une durée déterminée. Elle peut être suspendue ou retirée en cas de non-respect par l'établissement de la réglementation applicable à ces structures.

<< Pour chaque discipline ou spécialité, l'établissement ne peut réserver à cette structure plus du tiers de la capacité d'accueil, en lits et places, dont il dispose pour ladite discipline ou spécialité. >>

TITRE IX

DISPOSITIONS DIVERSES

Art. 50. - I. - Il est inséré, après le troisième alinéa de l'article L. 710-2 du code de la santé publique, un alinéa ainsi rédigé :

<< Les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, à ces informations lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions. >>

II. - Il est inséré, à la section 5 du chapitre 2 du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, un article L. 162-30-1 ainsi rédigé :

<< Art. L. 162-30-1. - Conformément aux dispositions du quatrième alinéa de l'article L. 710-2 du code de la santé publique, les médecins membres de l'inspection générale des affaires sociales, les médecins inspecteurs de la santé publique et les médecins conseils des organismes d'assurance maladie ont accès, dans le respect des règles de déontologie médicale, aux informations médicales visées audit article lorsqu'elles sont nécessaires à l'exercice de leurs missions. >>

Art. 51. - L'article L. 711-2-1 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

<< Art. L. 711-2-1. - Les établissements de santé publics et privés peuvent créer et gérer les services et établissements sociaux et médico-sociaux visés à l'article 3 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et à l'article 46 de la loi no 75-534 du 30 juin 1975 d'orientation en faveur des personnes handicapées.

<< Les services et établissements créés en application de l'alinéa précédent doivent répondre aux conditions de fonctionnement et de prise en charge et satisfaire aux règles de procédure énoncées par les lois susmentionnées. >>

Art. 52. - Le deuxième alinéa de l'article L. 711-5 du code de la santé publique est complété par la phrase suivante : << Toutefois, lorsque ce plateau technique appartient à un centre hospitalier et est destiné à l'accomplissement d'actes qui requièrent l'hospitalisation des patients, son accès aux médecins et sages-femmes non hospitaliers s'effectue dans les conditions définies à l'article L. 714-36. >>

Art. 53. - Les articles L. 712-4 et L. 712-7 du code de la santé publique sont abrogés.

Art. 54. - Au deuxième alinéa de l'article L. 715-8, les mots : << et qui est consultée notamment sur le projet d'établissement >> sont remplacés par les mots : << et qui est consultée notamment sur le projet de contrat pluriannuel visé aux articles L. 710-16 et L. 710-16-1, sur le projet d'établissement >>.

Art. 55. - A l'article L. 715-10 du code de la santé publique, les mots :

<< à l'article L. 715-6 >> sont remplacés par les mots : << aux articles L. 715-6 et L. 715-13 >>.

Art. 56. - A la section II du chapitre VI du titre Ier du livre VII du code de la santé publique, l'article L. 716-3 est ainsi modifié :

<< 1o Le premier alinéa devient le I ;

<< 2o Le deuxième alinéa devient le III ;

<< 3o Il est inséré un II ainsi rédigé :

<< II. - Les compétences de l'agence régionale énumérées aux articles L. 710-16, L. 710-16-1, au 3o de l'article L. 710-20 et aux 7o et 8o de l'article L. 710-21 sont, en ce qui concerne l'Assistance publique - hôpitaux de Paris, exercées par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, du budget et de l'intérieur, après avis de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation et après examen par un conseil de tutelle.

<< Le directeur de cette agence régionale est membre de ce conseil de tutelle.

<< Les conditions d'application du présent II sont déterminées par voie réglementaire. >>

Art. 57. - A l'article L. 115-1 du code de la sécurité sociale, les mots :

<< ou au domicile des assurés sociaux débiteurs >> sont remplacés par les mots : << , au domicile des assurés sociaux débiteurs, au nom et à l'adresse de leur employeur et des établissements ou organismes auprès desquels un compte de dépôt est ouvert à leur nom >>.

Art. 58. - Il est créé, au chapitre 4 du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, une section 8 ainsi rédigée :

<< Section 8

<< Dépenses afférentes aux soins dispensés

par le service de santé des armées

et l'Institution nationale des invalides

<< Art. L. 174-15. - Les modalités des relations entre les organismes d'assurance maladie et le service de santé des armées ainsi que l'Institution nationale des invalides, en ce qui concerne la prise en charge des soins qu'ils dispensent, sont définies par voie réglementaire. >>

Art. 59. - A la dernière phrase du II de l'article 7 de la loi du 31 juillet 1991 susvisée, les mots : << le 31 décembre 1995 >> sont remplacés par les mots : << le 31 décembre 1997 >>.

Art. 60. - Les praticiens hospitaliers mentionnés à l'article 11 de la loi no 89-474 du 10 juillet 1989 susvisée peuvent bénéficier, dans des conditions définies par voie réglementaire, d'aides à la mobilité

et d'aides à l'adaptation à l'emploi. Pour la couverture de ces dépenses, il est instauré une contribution des établissements publics de santé assise sur la masse salariale brute hors charges de ces personnels. Son taux, qui ne peut excéder 0,5 p. 100, est fixé par décret.

Le fonds pour l'emploi hospitalier mentionné à l'article 14 du chapitre III de la loi no 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux structures et aux orientations dans la fonction publique prend en charge le financement des aides ci-dessus ainsi que le recouvrement de la contribution des établissements.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par voie réglementaire.

Art. 61. - Il peut être institué, dans un délai de cinq ans courant à compter de la publication de la présente ordonnance, un ou des régimes expérimentaux relatifs à l'organisation et à l'équipement sanitaires des établissements de santé ainsi qu'aux règles de prise en charge, par les régimes d'assurance maladie, des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans ces établissements. A cet effet, il peut être dérogé aux dispositions du 2o de l'article L. 712-2 du code de la santé publique relatives aux conditions d'implantation et aux modalités de fonctionnement des installations où s'exercent les activités de soins, aux conditions d'autorisation prévues aux 1o et 2o de l'article L. 712-9 du même code ainsi qu'à celles de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et du premier alinéa de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.

Ces expérimentations peuvent être instituées, dans le respect des droits des assurés sociaux :

1o Afin de mettre en oeuvre dans l'ensemble des établissements de santé d'une ou plusieurs régions sanitaires de nouveaux modes d'organisation de l'offre de soins concourant à l'amélioration de la prise en charge du patient et à une meilleure maîtrise des dépenses de santé ; des arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixent la liste des installations et des activités de soins concernées ainsi que la ou les régions dans lesquelles chaque expérimentation sera mise en oeuvre ;

2o Afin de fixer les modalités particulières permettant de prendre en compte les conséquences des innovations technologiques et thérapeutiques.

Les projets d'expérimentation présentés à ce titre sont autorisés par arrêtés des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les conditions d'application des régimes expérimentaux mentionnés aux 1o et 2o ci-dessus, les modalités de leur évaluation ainsi que leur durée, qui ne peut excéder trois ans, sont fixées par voie réglementaire.

Art. 62. - Le Premier ministre, le garde des sceaux, ministre de la justice, le ministre de la défense, le ministre du travail et des affaires sociales, le ministre de l'économie et des finances, le ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation, le ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation, le ministre délégué aux anciens combattants et victimes de guerre, le ministre délégué au budget, porte-parole du Gouvernement et le secrétaire d'Etat à la santé et à la sécurité sociale sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution de la présente ordonnance, qui sera publiée au Journal officiel de la République française.

Principe d'égalité au regard de « critères objectifs et rationnels »

Principe

Il appartient au législateur, lorsqu'il établit une imposition d'en déterminer librement l'assiette, sous réserve du respect des principes et des règles de valeur constitutionnelle. En particulier, pour assurer le respect du principe d'égalité, le législateur doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels. (89-270 DC, 29 décembre 1989, cons. 4, p. 129)

Majoration du taux d'un prélèvement - Critères de choix de l'assiette

Disposition majorant de 0,4 % le prélèvement pour frais d'assiette et de recouvrement prévu au paragraphe II de l'article 1641 du code général des impôts. En critiquant cette majoration les saisissants tendent à mettre en cause l'assiette de l'imposition. Il appartient au législateur, lorsqu'il établit une imposition, d'en déterminer librement l'assiette sous la réserve du respect des principes et des règles de valeur constitutionnelle. En particulier, pour assurer le respect du principe d'égalité, le législateur doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels. (90-277 DC, 25 juillet 1990, cons. 19 et 20, p. 70)

Règles d'assiette

Il n'y a pas d'atteinte au principe d'égalité devant les charges publiques lorsque, pour poser les règles d'établissement de l'assiette de l'impôt sur les grandes fortunes, le législateur fonde son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en cette matière. (Exonération de l'assiette de l'impôt sur les grandes fortunes, en tant que biens professionnels, des parts ou actions si elles représentent au moins 25 % du capital social, et si leur propriétaire exerce des fonctions de direction dans la société). (83-164 DC, 29 décembre 1983, cons. 7 à 10, Rec. p. 67)

Taxe départementale sur le revenu

Il appartient au législateur, lorsqu'il établit une imposition, d'en déterminer librement l'assiette, sous la réserve des principes et des règles de valeur constitutionnelle ; en particulier, pour assurer le respect du principe d'égalité, il doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels. Pour la définition des personnes physiques assujetties à la taxe départementale sur le revenu, le législateur s'est référé à la détermination faite, par l'article 4B du code général des impôts, des personnes qui, pour l'application de l'impôt sur le revenu, sont regardées comme ayant leur domicile fiscal en France ; eu égard notamment à la circonstance que la taxe départementale sur le revenu est due au lieu où l'impôt sur le revenu au titre de l'année précédente est établi, la définition des personnes assujetties à cette nouvelle taxe n'est pas contraire au principe d'égalité. (91-298 DC, 24 juillet 1991, cons. 28 à 30, p. 82)

Contributions sociales sur les diverses catégories de revenus

Personnes redevables

Pour l'application du principe d'égalité devant l'impôt, la situation des personnes redevables s'apprécie au regard de chaque imposition prise isolément ; dans chaque cas, le législateur doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels. En outre, en cas d'institution de plusieurs contributions ayant pour finalité commune la mise en oeuvre du principe de solidarité nationale, la détermination des redevables des différentes contributions ne saurait aboutir à une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques entre tous les citoyens. Institution, au cas d'espèce, de trois contributions sociales ayant une même finalité de solidarité nationale. Le non assujettissement à l'une d'entre elles (contribution sociale sur les revenus du patrimoine) des contribuables dont la cotisation d'impôt sur le revenu est inférieure à 420 francs, trouve sa justification dans des règles générales ayant pour but d'éviter l'engagement de frais de recouvrement des impôts directs qui seraient excessifs par

rapport aux sommes en jeu. Il n'aboutit pas à une rupture caractérisée de l'égalité des citoyens devant les charges publiques.(90-285 DC, 28 décembre 1990, cons. 27 à 31, p. 95)

Règles d'assiette

Il appartient au législateur, lorsqu'il établit une imposition, d'en déterminer librement l'assiette, sous la réserve du respect des principes et des règles de valeur constitutionnelle ; il doit, en particulier, fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels. Les choix effectués en l'espèce par le législateur l'ont conduit, pour la détermination de l'assiette de la contribution sociale sur les revenus d'activité et de remplacement, à imposer les non-salariés sur leurs revenus professionnels nets et les salariés sur le "montant brut" des salaires. Mais dès lors qu'il est opéré, sur ce montant brut, une déduction forfaitaire représentative de frais professionnels fixée à 5 %, ces choix n'ont pas créé une disparité manifeste entre ces deux catégories de redevables de la contribution.(90-285 DC, 28 décembre 1990, cons. 33 à 35, p. 95)

Le principe d'égalité devant les charges publiques ne fait pas obstacle à ce que le législateur, dans l'exercice des compétences qu'il tient de l'article 34 de la Constitution, rende déductible un impôt de l'assiette d'un autre impôt, dès lors qu'en allégeant ainsi la charge pesant sur les contribuables, il n'entraîne pas de rupture caractérisée de l'égalité entre ceux-ci. En l'espèce, la déduction opérée par la loi, qui est au demeurant partielle et limitée dans son montant, ne remet pas en cause le caractère progressif du montant de l'imposition globale du revenu des personnes physiques. Elle n'est, par suite, pas contraire à l'article 13 de la Déclaration de 1789.(93-320 DC, 21 juin 1993, cons. 32, p.)

Violation du principe d'égalité

Impositions

Fiscalité applicable à la transmission des entreprises

Si le principe d'égalité ne fait pas obstacle à ce que le législateur décide de favoriser par l'octroi d'avantages fiscaux la transmission de certains biens, c'est à la condition que celui-ci fonde son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en fonction des buts qu'il se propose.

En instituant un abattement de 50 % sur la valeur de biens professionnels transmis entre vifs à titre gratuit à un ou plusieurs donataires, à la seule condition que ceux-ci conservent ces biens pendant une période de cinq années, sans exiger qu'ils exercent de fonction dirigeante au sein de l'entreprise et en étendant le bénéfice de cette mesure aux transmissions par décès accidentel d'une personne âgée de moins de soixante-cinq ans, la loi a établi vis-à-vis des autres donataires et héritiers des différences de situation qui ne sont pas en relation directe avec l'objectif d'intérêt général ci-dessus rappelé. Dans ces conditions et eu égard à l'importance de l'avantage consenti, son bénéfice est de nature à entraîner une rupture caractérisée de l'égalité entre les contribuables pour l'application du régime fiscal des droits de donation et de succession (non conformité).(v)(Décision n° 95-369 DC, 28 décembre 1995, cons. 7 à 10, p. 257)

Violation du principe d'égalité

Impositions

Différenciation dans l'octroi d'un avantage fiscal

Si le principe d'égalité ne fait pas obstacle à ce que le législateur décide de différencier l'octroi d'avantages fiscaux, c'est à la condition que celui-ci fonde son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en fonction des buts qu'il se propose. Or, pour le calcul de l'impôt sur le revenu, les contribuables veufs, divorcés ou célibataires ayant élevé un ou plusieurs enfants sont placés dans une situation identique au regard de la demi-part supplémentaire qui leur est accordée, l'octroi de cet avantage fiscal étant lié pour l'ensemble d'entre eux à des considérations tirées à la fois de l'isolement de ces contribuables et de la reconnaissance de leurs charges antérieures de famille. Dès lors, en limitant aux seuls divorcés et célibataires l'abaissement du plafond de la réduction d'impôt résultant de l'octroi de la demi-part supplémentaire accordée aux veufs, divorcés et célibataires ayant élevé au moins un enfant, le législateur a méconnu le principe de l'égalité devant l'impôt.(v)(Décision n° 96-385 DC, 30 décembre 1996, cons. 2 à 7, p.145)

Régime des impositions

Personnes assujetties

Taxe d'aide au commerce et à l'artisanat

Il appartient au législateur, lorsqu'il établit une imposition, d'en déterminer librement l'assiette et le taux sous la réserve du respect des principes et des règles de valeur constitutionnelle. En particulier, pour assurer le respect du principe d'égalité, il doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en fonction des buts qu'il se propose. En modifiant l'assiette de la taxe d'aide au commerce et à l'artisanat pour l'élargir aux surfaces consacrées à la vente au détail de carburants et en augmentant ses taux minimal et maximal lorsque l'établissement assujetti a une activité de vente au détail de carburants, le législateur a entendu prendre en compte à ces deux titres la circonstance que cette activité avait une incidence sur le montant du chiffre d'affaires global réalisé. Il a ainsi fondé son appréciation sur des critères objectifs et rationnels. En outre, les établissements soumis à la taxe d'aide au commerce et à l'artisanat qui ont une activité de vente au détail de carburant n'étant pas placés au regard de l'objet de cette taxe dans la même situation que d'autres établissements commerciaux ayant la même activité, non soumis à ladite taxe, le législateur n'a dès lors pas méconnu le principe d'égalité devant l'impôt en n'incluant pas ces établissements commerciaux dans l'assiette de la taxe.(v)(Décision n° 96-385 DC, 30 décembre 1996, cons. 26, 27, 29 à 31, p.145)

EGALITE DEVANT LES CHARGES PUBLIQUES

Egalité devant l'impôt

Principe

(p)Il appartient au législateur, lorsqu'il institue une imposition, d'en déterminer librement l'assiette et le taux, sous réserve du respect des principes et règles de valeur constitutionnelle. En particulier, pour assurer le respect du principe d'égalité, il doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en fonction des buts qu'il se propose.(v)(Décision n° 97-393 DC, 18 décembre 1997, cons. 14, p.320)

Régime des impositions

(p)Disposition de la loi de financement de la sécurité sociale instituant une contribution de 2,5 % assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par les laboratoires pharmaceutiques auprès des pharmacies au titre des ventes en gros de médicaments. La différence de traitement instituée par la loi entre laboratoires pharmaceutiques et grossistes répartiteurs de médicaments est justifiée par le fait que ces derniers sont soumis à des obligations de service public qui ne s'imposent pas aux premiers. Cette différence de traitement se fonde ainsi sur des critères objectifs et rationnels, en rapport avec les buts que s'est fixés le législateur : non seulement contribuer au financement de la caisse nationale d'assurance maladie, mais également rééquilibrer les conditions de concurrence entre circuits de distribution de médicaments.(v)(Décision n° 97-393 DC, 18 décembre 1997, cons. 12 à 17, p.320)

Loi fiscale

Modalités d'application de la loi dans le temps

(p)Le traitement distinct pour le calcul de l'impôt d'une plus-value provenant d'une cession d'actifs réalisée en 1997, selon qu'elle est ou non antérieure à l'exercice ouvert au cours de la même année, n'est pas contraire au principe d'égalité car en prévoyant que les dispositions nouvelles régiraient les exercices ouverts à compter du 1er janvier 1997, le législateur s'est borné à déterminer les modalités d'application de la loi dans le temps, en fondant son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en fonction du but qu'il s'était fixé.(v)(Décision n° 97-391 DC, 7 novembre 1997, cons. 10, p.232)

Conseil d'État, Assemblée, 28 mars 1997, société Baxter et autres

SOCIETE BAXTER et autres Mlle Fombeur, rapp. M. Bonichot, c. du g. 1997-03-28

Le Conseil d'Etat statuant au Contentieux,

Sur le rapport de la 1ère sous-section, de la Section du Contentieux,

Vu 1^o), sous le n° 179 049, la requête sommaire et le mémoire complémentaire, enregistrés les 26 mars 1996 et 25 juillet 1996 au secrétariat du Contentieux du Conseil d'Etat, présentés par la SOCIETE BAXTER, ayant son siège avenue Louis Pasteur à Maurepas (78310), représentée par son directeur général, par la SOCIETE B. BRAUN MEDICAL SA, ayant son siège 204 avenue du Maréchal Juin à Boulogne (92107), représentée par le président de son directoire et par la SOCIETE FRESENIUS FRANCE, ayant son siège 5 place de Marivel à Sèvres (92316 Cedex), représentée par le président de son directoire ; les SOCIETES BAXTER, B. BRAUN MEDICAL SA et FRESENIUS FRANCE demandent au Conseil d'Etat :

- d'annuler pour excès de pouvoir l'article 12 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale ;
- de condamner l'Etat à leur verser une somme de 20 000 F au titre de l'article 75-I de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 ;

Vu 2^o), sous le n° 179 050, la requête sommaire et le mémoire complémentaire, enregistrés les 26 mars 1996 et 25 juillet 1996 au secrétariat du Contentieux du Conseil d'Etat, présentés par le LABORATOIRE AGUETTANT, ayant son siège social 1 rue Alexander Fleming, BP 7144 à Lyon (69353 Cedex 07), représenté par son président-directeur général ; le LABORATOIRE AGUETTANT demande au Conseil d'Etat :

- d'annuler pour excès de pouvoir l'article 12 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale ;
- de condamner l'Etat à lui verser une somme de 10 000 F au titre de l'article 75-I de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 ;

Vu 3^o), sous le n° 179 054, la requête sommaire et le mémoire complémentaire, enregistrés les 26 mars 1996 et 20 mai 1996 au secrétariat du Contentieux du Conseil d'Etat, présentés pour la SOCIETE ANONYME DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB, ayant son siège social aux Collines de l'Arche à Paris-la-Défense (92057), représentée par son président-directeur général en exercice ; la SOCIETE ANONYME DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB demande au Conseil d'Etat :

- d'annuler pour excès de pouvoir l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale ;
- de condamner l'Etat à lui verser une somme de 50 000 F au titre de l'article 75-I de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 ;

Vu les autres pièces des dossiers ; Vu la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen du 26 août 1789 ; Vu la Constitution du 4 octobre 1958 ; Vu le traité du 25 mars 1957 instituant la Communauté européenne, modifié notamment par le traité du 7 février 1992 sur l'Union européenne ; Vu la directive du Conseil des Communautés européennes du 21 décembre 1988 n° 89/105 relative à la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie ; Vu le code de la sécurité sociale ; Vu le code de la santé publique ; Vu la loi n° 95-1348 du 30 décembre 1995 autorisant le gouvernement, par application de l'article 38 de la Constitution, à réformer la protection sociale, ensemble la décision n° 95-370 DC du même jour du Conseil constitutionnel ; Vu l'article 75-I de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 ;

Vu l'ordonnance n° 45-1708 du 31 juillet 1945, le décret n° 53-934 du 30 septembre 1953 et la loi n° 87-1127 du 31 décembre 1987 ; Après avoir entendu en audience publique :

- le rapport de Mlle Fombeur, Auditeur,
- les observations de la SCP Monod, avocat des LABORATOIRES BRISTOLMYERS-SQUIBB,
- les conclusions de M. Bonichot, Commissaire du gouvernement ;

Considérant que les requêtes de la SOCIETE BAXTER, de la SOCIETE B. BRAUN MEDICAL SA et de la SOCIETE FRESENIUS FRANCE, du LABORATOIRE AGUETTANT et de la SOCIETE ANONYME DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB sont dirigées contre l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale ; qu'il y a lieu de les joindre pour statuer par une seule décision ;

Sur la recevabilité de la requête de la SOCIETE ANONYME DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB :

Considérant que la SOCIETE ANONYME DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB ne justifie d'un intérêt lui donnant qualité à agir qu'à l'encontre de l'article 12 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 susmentionnée, relatif aux

contributions exceptionnelles dont sont redevables les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques ; que, par suite, ses conclusions tendant à l'annulation des autres dispositions de l'ordonnance ne sont pas recevables ;

Sur la légalité de l'article 12 de l'ordonnance attaquée :

Considérant que les dispositions de l'article 12 de l'ordonnance correspondent soit à celles figurant dans le projet soumis par le gouvernement au Conseil d'Etat, soit à celles du texte adopté par le Conseil d'Etat ;

Considérant que, d'après les dispositions combinées des articles 13, 19 et 38 de la Constitution, les ordonnances visées par ce dernier article, qui doivent dans tous les cas être délibérées en Conseil des ministres, sont signées par le Président de la République et contresignées par le Premier ministre et, le cas échéant, par "les ministres responsables" ; que les ministres responsables sont ceux auxquels incombent, à titre principal, la préparation et l'application des ordonnances dont s'agit ; que les dispositions de l'article 12 de l'ordonnance attaquée ont pour objet d'instituer trois contributions exceptionnelles dont sont redevables les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique ; que le ministre de l'industrie n'a pas, au regard de ces dispositions, la qualité de ministre responsable au sens des dispositions susappelées de l'article 19 de la Constitution ; que n'a cette qualité aucun autre ministre n'ayant pas contresigné l'ordonnance ; que, dès lors, le moyen tiré du défaut de certains contresignés, et notamment de celui du ministre de l'industrie, ne peut qu'être écarté ;

Considérant qu'en vertu de l'article 1er de la loi du 30 décembre 1995 susvisée, le gouvernement était autorisé à prendre par ordonnances, dans un délai de quatre mois à compter de la promulgation de ladite loi et conformément aux dispositions de l'article 38 de la Constitution, "toutes mesures : ... 4° Instituant des prélèvements faisant contribuer au financement de la protection sociale et à l'équilibre financier des organismes qui y concourent les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques..." ; que l'institution de trois contributions exceptionnelles dont sont redevables les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique est au nombre des dispositions que le gouvernement pouvait légalement prendre en vertu de la loi d'habilitation susvisée du 30 décembre 1995 ;

Considérant qu'aux termes de l'article 34 de la Constitution : "La loi fixe les règles concernant : ... l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toutes natures" ; que, si cette disposition fait obligation à l'ordonnance prise en vertu d'une loi d'habilitation sur le fondement de l'article 38 de la Constitution de fixer les règles concernant le taux des impositions qu'elle institue, il n'en résulte pas que le taux de chaque impôt doit être fixé par ladite ordonnance ; qu'en déterminant avec une précision suffisante les limites à l'intérieur desquelles le pouvoir réglementaire, agissant par voie de décret, est habilité à arrêter le taux des contributions que l'ordonnance institue, ses auteurs ont satisfait à l'exigence leur incombant en vertu de l'article 34 de la Constitution ;

Considérant qu'en vertu de l'article 2 de la loi d'habilitation du 30 décembre 1995, les mesures visées par le 4° de son article 1er précité, destinées à la réduction du déficit pour l'année 1996, pouvaient, sous réserve des principes de valeur constitutionnelle, prendre effet rétroactivement au 1er janvier 1996 ; qu'il ressort de cette disposition, éclairée par les travaux préparatoires de la loi, que le législateur a ainsi entendu permettre au gouvernement de percevoir dès 1996, et quelle qu'en soit l'assiette, les contributions acquittées par les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques, lesquelles, par leur prélèvement en 1996 et leur affectation à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, sont destinées à la réduction du déficit pour l'année 1996 ; que, par suite, la SOCIETE ANONYME DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB n'est, en tout état de cause, pas fondée à soutenir que l'article 12 de l'ordonnance attaquée serait entaché d'une rétroactivité illégale en tant qu'il institue des contributions perçues en 1996 et assises sur les frais de prospection et d'information des praticiens, sur l'accroissement du chiffre d'affaires et sur le chiffre d'affaires de l'année précédente ;

Considérant que l'assujettissement aux trois nouvelles contributions des seules entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques résulte des termes mêmes de la loi d'habilitation du 30 décembre 1995 ; que, par suite, la SOCIETE BAXTER, la SOCIETE B. BRAUN MEDICAL SA, la SOCIETE FRESENIUS FRANCE et le LABORATOIRE AGUETTANT ne sauraient utilement soutenir que les dispositions de l'article 12 de l'ordonnance méconnaîtraient, dans cette mesure, le principe d'égalité devant les charges publiques ;

Considérant que ni l'institution de trois contributions différentes, ni l'existence de règles d'exonérations spécifiques à chacune d'entre elles ne méconnaissent le principe d'égalité devant l'impôt, dès lors que toutes les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques sont soumises dans les mêmes conditions à chacune des trois contributions ; qu'eu égard à l'objet du prélèvement exceptionnel qu'elle institue, l'ordonnance pouvait, sans méconnaître le principe d'égalité, exonérer des deux premières contributions les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France en 1995 au titre des spécialités pharmaceutiques remboursables et des médicaments agréés à l'usage des collectivités est inférieur à 100 millions de francs, sauf si elles sont filiales à 50 pour 100 au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé réalisé en France au titre de ces mêmes spécialités dépasse cette limite ;

Considérant que le principe d'égalité n'implique pas que des entreprises se trouvant dans des situations différentes doivent être soumises à des régimes différents ; qu'ainsi, à supposer que certaines entreprises assujetties se fussent trouvées dans une situation différente du fait de la passation d'une convention avec les pouvoirs publics en application de l'accord cadre

conclu le 25 janvier 1994 entre l'Etat et le syndicat national de l'industrie pharmaceutique, l'ordonnance pouvait, sans méconnaître le principe d'égalité, les assujettir aux trois contributions dans les mêmes conditions que les entreprises non signataires d'une telle convention ;

Considérant que l'article 12 de l'ordonnance attaquée assujettit aux trois contributions exceptionnelles qu'il institue les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique ; qu'il ressort des dispositions de ce dernier texte que sont ainsi visés la totalité des établissements autorisés à exploiter des spécialités pharmaceutiques en France ; que, par suite, le moyen tiré de ce que l'article 12 susmentionné méconnaîtrait le principe d'égalité en ce qu'il établirait une distinction selon que les spécialités sont vendues par des laboratoires installés à l'étranger ou en France manque en fait ;

Considérant que l'assiette des trois contributions, constituée respectivement du montant des frais de prospection et d'information des praticiens comptabilisés au cours du dernier exercice clos, de l'excédent du chiffre d'affaires hors taxe réalisé en France en 1995 par rapport à 1994 au titre des spécialités pharmaceutiques remboursables et des médicaments agréés à l'usage des collectivités et du montant de ce même chiffre d'affaires en 1995, a été définie en fonction de critères objectifs au regard de la finalité de contribution des entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques au financement de la protection sociale et à l'équilibre financier des organismes qui y concourent ; qu'en particulier, ces critères sont liés à la part prise par ces entreprises dans les dépenses d'assurance maladie des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ; que, dès lors, les contributions litigieuses ont été établies d'une façon régulière au regard des règles et principes de valeur constitutionnelle et notamment de la nécessaire prise en compte des facultés contributives des citoyens, résultant de l'article 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ; que le caractère progressif de la contribution assise sur l'accroissement du chiffre d'affaires enregistré en 1995 par rapport à 1994 n'est pas davantage contraire à cette dernière règle ;

Considérant qu'il ne ressort pas des pièces du dossier que la fixation des taux des trois contributions aboutisse, au détriment des entreprises assurant l'exploitation de spécialités pharmaceutiques, à une rupture de l'égalité devant les charges publiques ; que la SOCIETE ANONYME DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB n'est pas non plus fondée à soutenir que les dispositions de l'article 12 de l'ordonnance, par le montant des prélèvements instaurés, porteraient atteinte au principe de la liberté du commerce et de l'industrie ;

Considérant que les dispositions critiquées ne violent aucunement les objectifs de la directive du Conseil du 21 décembre 1988 n° 89/105 relative à la transparence des mesures régissant la fixation des prix des médicaments à usage humain et leur inclusion dans le champ d'application des systèmes nationaux d'assurance maladie ;

Considérant que la SOCIETE BAXTER, la SOCIETE B. BRAUN MEDICAL SA et la SOCIETE FRESENIUS FRANCE soutiennent que la première contribution, frappant les frais de prospection et d'information des praticiens, constituerait une barrière à l'entrée de laboratoires étrangers sur le marché français et violerait ainsi les stipulations du traité du 25 mars 1957 instituant la Communauté européenne ; que, cependant, cette contribution, qui s'applique à toutes les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques en France, affecte de la même manière, en droit comme en fait, la commercialisation des spécialités pharmaceutiques produites par de nouveaux laboratoires, qu'ils soient nationaux ou qu'ils relèvent du droit d'autres Etats membres ; qu'ainsi, le moyen doit être écarté ;

Considérant qu'à supposer que la deuxième contribution, assise sur l'accroissement du chiffre d'affaires en 1995, frapperait davantage les filiales de laboratoires étrangers que les laboratoires français, cette circonstance résulterait de l'application de critères objectifs dépourvus de tout caractère discriminatoire à raison de l'origine des spécialités vendues ; que, par suite, le moyen tiré de ce que les dispositions relatives à la deuxième contribution violeraient les stipulations du traité du 25 mars 1957 instituant la Communauté européenne doit être lui aussi écarté ;

Considérant qu'il est fait grief à la troisième contribution, du fait de la déduction instaurée au profit des dépenses afférentes à la réalisation en France d'opérations de recherche, de violer les articles 30 et 59 du traité du 25 mars 1957 instituant la Communauté européenne ; que, toutefois, il n'est nullement établi que la contribution considérée constituerait une mesure d'effet équivalent à des restrictions quantitatives à l'importation de spécialités pharmaceutiques et contreviendrait ainsi aux stipulations de l'article 30 ; que les stipulations de l'article 59, relatives à la libre prestation de services, ne trouvent pas à s'appliquer en l'espèce ;

Considérant que si la violation de divers autres accords internationaux est également invoquée, ce moyen n'est pas assorti de précisions suffisantes pour permettre au Conseil d'Etat de se prononcer sur son bien-fondé ;

Considérant qu'il résulte de ce qui précède que le LABORATOIRE AGUETTANT n'est pas fondé à demander l'annulation de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale ;

Considérant, en revanche, que la SOCIETE BAXTER, la SOCIETE B. BRAUN MEDICAL SA et la SOCIETE FRESENIUS FRANCE, d'une part, et la SOCIETE ANONYME DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB, d'autre part, invoquent à l'encontre de l'article 12 de l'ordonnance attaquée la méconnaissance des stipulations des articles 52 et 58, relatifs à la liberté d'établissement, 93, paragraphe 3, relatif aux projets d'aides, et 95, relatif aux impositions

intérieures, du traité du 25 mars 1957 instituant la Communauté européenne ; que la réponse aux moyens tirés de la violation des articles 52 et 58 et de l'article 95 dépend de la question de savoir si constitue une discrimination illégale, au regard des articles ci-dessus mentionnés, le fait de définir l'assiette d'une contribution exceptionnelle à taux proportionnel, instaurée en 1996, comme le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France entre le 1er janvier 1995 et le 31 décembre 1995 au titre des spécialités pharmaceutiques remboursables et des médicaments agréés à l'usage des collectivités, dont sont retranchées les charges comptabilisées au cours de la même période au titre des dépenses afférentes à la réalisation en France d'opérations de recherche scientifique et technique ; que la réponse au moyen tiré de la violation de l'article 93, paragraphe 3, qui devrait être examiné en cas de réponse négative à la question qui précède, dépend de la question de savoir si la déduction fiscale susmentionnée constitue une aide au sens de l'article 92 du traité du 25 mars 1957 ; que ces questions soulèvent une contestation sérieuse ; que, par suite, il y a lieu, en application de l'article 177 du traité du 25 mars 1957, de surseoir à statuer sur la requête de la SOCIETE BAXTER, de la SOCIETE B. BRAUN MEDICAL SA et de la SOCIETE FRESENIUS FRANCE, et sur celle de la S.A. DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB en tant qu'elles demandent l'annulation de l'article 12 de l'ordonnance attaquée, jusqu'à ce que la Cour de justice des Communautés européennes se soit prononcée sur ces questions préjudicielles ;

Sur les conclusions de la requête du LABORATOIRE AGUETTANT tendant à l'application des dispositions de l'article 75-I de la loi n° 91-647 du 10 juillet 1991 :

Considérant que ces dispositions font obstacle à ce que soit mise à la charge de l'Etat, qui n'est pas la partie perdante dans l'instance engagée sous le n° 179 050, la somme que le LABORATOIRE AGUETTANT demande au titre des frais exposés par lui et non compris dans les dépens ;

D E C I D E : -----

Article 1er : La requête du LABORATOIRE AGUETTANT est rejetée.

Article 2 : Il est sursis à statuer sur la requête de la SOCIETE BAXTER, de la SOCIETE B. BRAUN MEDICAL SA et de la SOCIETE FRESENIUS FRANCE, et sur celle de la SOCIETE ANONYME DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB en tant qu'elles demandent l'annulation de l'article 12 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, jusqu'à ce que la Cour de justice des Communautés européennes se soit prononcée sur les questions suivantes, qui lui sont renvoyées : 1°) Les articles 52 et 58 du traité du 25 mars 1957 instituant la Communauté européenne s'opposent-ils à une législation nationale qui, adoptée en 1996, frappe, au titre de cette année, d'une contribution exceptionnelle dont le taux doit être fixé entre 1,5 et 2 % le chiffre d'affaires hors taxes réalisé dans l'Etat d'imposition entre le 1er janvier 1995 et le 31 décembre 1995 par les entreprises assurant l'exploitation de spécialités pharmaceutiques, au titre des spécialités pharmaceutiques remboursables et des médicaments agréés à l'usage des collectivités, et qui admet la déduction de l'assiette de la contribution des charges comptabilisées au cours de la même période au titre des dépenses afférentes aux seules opérations de recherche réalisées dans l'Etat d'imposition ? 2°) L'article 95 du traité instituant la Communauté européenne s'oppose-t-il à une telle législation ? 3°) Dans le cas de réponse négative à l'une ou l'autre des deux questions qui précèdent, cette déduction de l'assiette de la contribution des dépenses afférentes aux opérations de recherche réalisées dans l'Etat d'imposition doit-elle être considérée comme une aide au sens de l'article 92 du traité instituant la Communauté européenne ?

Article 3 : Le surplus des conclusions de la requête de la SOCIETE ANONYME DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB est rejeté.

Article 4 : La présente décision sera notifiée à la SOCIETE BAXTER, à la SOCIETE B. BRAUN MEDICAL SA, à la SOCIETE FRESENIUS FRANCE, au LABORATOIRE AGUETTANT, à la SOCIETE ANONYME DES LABORATOIRES BRISTOL-MYERS-SQUIBB, au président de la Cour de justice des Communautés européennes, au Premier ministre, au ministre du travail et des affaires sociales, au ministre de l'économie et des finances, au ministre de l'agriculture, de la pêche et de l'alimentation et au ministre des affaires étrangères.