

N° 424

# SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1990-1991

---

Annexe au procès-verbal de la séance du 27 juin 1991.

## PROJET DE LOI

ADOPTÉ AVEC MODIFICATIONS PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE  
EN NOUVELLE LECTURE,

*portant diverses mesures d'ordre social,*

TRANSMIS PAR

MME LE PREMIER MINISTRE

A

M. LE PRÉSIDENT DU SÉNAT

(Renvoyé à la commission des Affaires sociales.)

---

*L'Assemblée nationale a adopté avec modifications, en nouvelle lecture, le projet de loi dont la teneur suit :*

---

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9<sup>e</sup> législ.) : Première lecture : 2059, 2071 et T.A. 486.  
Commission mixte paritaire : 2144.  
Nouvelle lecture : 2142, 2152 et T.A. 512.

Sénat : Première lecture : 362, 400 et T.A. 133 (1990-1991).  
Commission mixte paritaire : 413 (1990-1991).

---

Sécurité sociale.

**TITRE PREMIER**  
**MESURES RELATIVES À LA RÉGULATION**  
**DES DÉPENSES DE SANTÉ**

**CHAPITRE PREMIER**

**Dispositions relatives aux laboratoires privés d'analyses médicales.**

Article premier.

Sont insérés dans le code de la sécurité sociale les articles L. 162-13-1 et L. 162-13-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-13-1.* — Pour les frais d'analyses et d'examens de laboratoires :

« 1° l'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie ;

« 2° la participation de l'assuré versée au laboratoire est calculée sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-14-1.

« *Art. L. 162-13-2.* — Les directeurs de laboratoires sont tenus d'effectuer les analyses et examens de laboratoires en observant la plus stricte économie compatible avec l'exacte exécution des prescriptions. »

Art. 2.

L'article L. 162-14 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-14.* — Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une ou plusieurs organisations syndicales membres du comité professionnel national de la biologie mentionné à l'article L. 162-14-1 et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

« Cette convention détermine notamment :

« 1° les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales ;

« 2° les modalités du contrôle de l'exécution par les laboratoires des obligations qui découlent pour eux de l'application de la convention ;

« 3° les conditions dans lesquelles est organisée la formation continue des directeurs de laboratoires ;

« 4° le financement des instances et des actions nécessaires à la mise en œuvre de l'accord mentionné à l'article L. 162-14-1, de la convention et de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-14-2.

« La convention définit les exigences particulières sans motif médical des patients donnant lieu à dépassement des tarifs. »

### Art. 3.

Sont insérés dans le code de la sécurité sociale les articles L. 162-14-1 à L. 162-14-4 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-14-1.* — Chaque année est conclu entre le ministre chargé 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 des organisations syndicales nationales les plus représentatives des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, un accord fixant, compte tenu de l'évolution des techniques médicales, des besoins de la population et de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé :

« 1° le montant total des frais d'analyses et examens de laboratoires pris en charge par les régimes d'assurance maladie. Ce montant peut être révisé pour des raisons médicales à caractère exceptionnel ;

« 2° les tarifs applicables aux analyses, examens et frais accessoires, servant de base au calcul de la participation de l'assuré.

« La ou les organisations syndicales signataires de cet accord annuel constituent le comité professionnel national de la biologie et sont habilitées à conclure et à gérer pour l'année considérée la convention mentionnée à l'article L. 162-14.

« Toutefois, cette ou ces organisations peuvent proposer aux organisations syndicales nationales les plus représentatives non signataires d'entrer dans le comité professionnel national, 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 la biologie.

« *Art. L. 162-14-2.* — Une annexe à la convention, mise à jour annuellement, détermine avant le 15 décembre pour l'année suivante :

« 1° la répartition par zone géographique du montant total des frais d'analyses et examens de laboratoires, fixé par l'accord mentionné à l'article L. 162-14-1 ;

« 2° les modalités de la détermination des sommes dues aux laboratoires compte tenu, d'une part, du nombre d'actes pris en charge par l'assurance maladie qu'ils ont effectués et, d'autre part, des modalités de cette prise en charge ;

« 3° les modalités de versement de ces sommes.

« Cette annexe peut préciser les conditions dans lesquelles il est tenu compte pour cette détermination du taux de croissance de l'activité et des caractéristiques des laboratoires.

« *Art. L. 162-14-3.* — La convention, ses annexes et avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel.

« Dès son approbation, la convention est applicable à l'ensemble des laboratoires privés d'analyses médicales ; toutefois, ses dispositions ne sont pas applicables :

« 1° aux laboratoires dont, dans des conditions déterminées par la convention, les directeurs ont fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par elle ;

« 2° aux laboratoires dont la caisse primaire d'assurance maladie a constaté qu'ils se sont placés hors de la convention par violation des engagements qu'elle prévoit ; cette décision est prononcée dans les conditions prévues par la convention.

« *Art. L. 162-14-4.* — I. — A défaut de conclusion avant le 1<sup>er</sup> décembre de l'accord mentionné à l'article L. 162-14-1, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, compte tenu de l'évolution des techniques médicales, des besoins de la population et de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé ;

« 1° le montant total des frais d'analyses et examens de laboratoires pris en charge par les régimes d'assurance maladie ;

« 2° les tarifs applicables aux analyses, examens et frais accessoires servant de base au calcul de la participation de l'assuré.

« Cet arrêté fixe, en outre, les dispositions prévues aux 1°, 2°, 3° du II.

« II. — A défaut de la signature d'une convention nationale ou de son approbation ou, à défaut de la signature avant le 15 décembre de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-14-2 mise à jour pour l'année suivante ou de son approbation avant le 31 décembre, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, après information, par le ministre chargé de la sécurité sociale, de la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales nationales les plus représentatives des directeurs de laboratoires :

« 1° la répartition par zone géographique du montant total des frais d'analyses et examens de laboratoires fixé par l'accord mentionné à l'article L. 162-14-1 ;

« 2° les modalités de la détermination des sommes dues aux laboratoires compte tenu, d'une part, du nombre d'actes pris en charge par l'assurance maladie qu'ils ont effectués et, d'autre part, des modalités de cette prise en charge ;

« 3° les modalités de versement de ces sommes. »

## CHAPITRE II

### **Dispositions relatives aux établissements de soins privés régis par l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale.**

#### Art. 4.

Est inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-21-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-21-1.* — L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation dans les établissements de soins privés ayant passé convention en application de l'article L. 162-22. »

#### Art. 5.

Sont insérés dans le code de la sécurité sociale les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-6 ainsi rédigés :

« *Art. L. 162-22-1.* – Les conventions mentionnées à l'article L. 162-22 sont conformes à une convention-type annexée à la convention nationale de l'hospitalisation privée conclue, pour une durée qui ne peut être inférieure à cinq ans, entre la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et une ou plusieurs organisations syndicales membres du comité professionnel national de l'hospitalisation privée mentionné à l'article L. 162-22-2.

« La convention nationale détermine :

« 1° les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des établissements de soins privés régis par l'article L. 162-22 ;

« 2° la classification des prestations d'hospitalisation comportant un hébergement ; pour les services de médecine, de chirurgie et d'obstétrique, cette classification tiendra compte des traitements par pathologie ou par groupe de pathologies ;

« 3° les modalités de contrôle de l'exécution par les établissements de soins privés des obligations qui découlent pour eux de l'application de la convention.

« La convention définit les prestations pour exigence particulière des malades sans fondement médical qui peuvent donner lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« *Art. L. 162-22-2.* – Chaque année est conclu entre le ministre chargé 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 des organisations syndicales nationales les plus représentatives des établissements de soins privés régis par l'article L. 162-22, un accord fixant en relation avec le taux d'évolution des dépenses hospitalières mentionné à l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et compte tenu de l'évolution des techniques médicales, des besoins de la population et de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé :

« 1° le montant total annuel des frais d'hospitalisation comportant un hébergement dans les établissements de soins ayant passé convention en application de l'article L. 162-22, pris en charge par les régimes d'assurance maladie. Ce montant peut être révisé s'il se produit une modification importante et imprévisible des conditions économiques ou de l'activité médicale ;

« 2° les tarifs des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-1 et servant de base au calcul de la participation de l'assuré ;

« 3° la classification des prestations ne comportant pas d'hébergement dispensées dans ces établissements et prises en charge par les régimes ainsi que les tarifs afférents à ces prestations.

« 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 pour l'année considérée la convention nationale visée 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, 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.

« *Art. L. 162-22-3.* — Une annexe à la convention mise à jour annuellement détermine avant le 15 décembre pour l'année suivante :

« 1° la répartition par zone géographique du montant total des frais d'hospitalisation avec hébergement fixé par l'accord mentionné à l'article L. 162-22-2 ;

« 2° les modalités de la détermination des sommes dues aux établissements de soins 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 ;

« 3° les modalités de versement de ces sommes.

« *Art. L. 162-22-4.* — La convention nationale, ses annexes et avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel.

« Cette convention nationale est applicable aux établissements de soins privés ayant passé la convention prévue par l'article L. 162-22.

« Un arrêté interministériel fixe les tarifs de responsabilité applicables aux établissements n'ayant pas conclu de convention sur le fondement de l'article L. 162-22.

« *Art. L. 162-22-5.* — I. — A défaut de conclusion avant le 1<sup>er</sup> décembre de l'accord mentionné à l'article L. 162-22-2, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, en relation avec le taux d'évolution des dépenses hospitalières mentionné à l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et compte tenu de

**l'évolution des techniques médicales, des besoins de la population et de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé :**

**« 1° le montant total annuel des frais d'hospitalisation comportant un hébergement dans les établissements de soins ayant passé convention en application de l'article L. 162-22, pris en charge par les régimes d'assurance maladie ;**

**« 2° les tarifs des prestations mentionnées au 2° de l'article L. 162-22-1 et servant de base au calcul de la participation de l'assuré ;**

**« 3° la classification des prestations ne comportant pas d'hébergement dispensées dans ces établissements et prises en charge par les régimes ainsi que les tarifs afférents à ces prestations.**

**« Cet arrêté fixe, en outre, les dispositions prévues aux 1°, 2°, 3° du II.**

**« II. — A défaut de la signature avant le 15 décembre, ou de l'approbation avant le 31 décembre de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-22-3 mise à jour pour l'année suivante, un arrêté interministériel fixe, pour ladite année, après information, par le ministre chargé de la sécurité sociale, de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales nationales les plus représentatives des établissements de soins privés :**

**« 1° la répartition par zone géographique du montant total des frais afférents à l'hospitalisation comportant un hébergement dans les établissements de soins ayant passé convention en application de l'article L. 162-22, pris en charge par les régimes d'assurance maladie ;**

**« 2° les modalités de détermination des sommes dues à ces établissements de soins 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 ;**

**« 3° les modalités de versement de ces sommes.**

**« III. — A défaut de signature ou d'approbation d'une convention nationale, un arrêté interministériel fixe, après information, par le ministre chargé de la sécurité sociale, de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales nationales les plus représentatives des établissements de soins privés :**

**« 1° la convention-type mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-22-1 ;**

**« 2° la classification des prestations d'hospitalisation comportant un hébergement ; pour les services de médecine, de chirurgie et d'obsté-**

trique, cette classification tiendra compte des traitements par pathologie ou par groupe de pathologies ;

« 3° les prestations pour exigence particulière des malades sans fondement médical qui peuvent donner lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

« *Art. L. 162-22-6.* — Les dispositions de l'article L. 162-7 sont applicables aux conventions, annexes, avenants et accords mentionnés aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-2 et L. 162-22-3. »

### CHAPITRE III

#### **Dispositions diverses et transitoires.**

##### Art. 6.

I. — A l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, les mots : « conventions nationales prévues à l'article L. 162-14 » sont remplacés par les mots : « conventions, annexes, avenants et accords prévus aux articles L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-14-2 ».

II. — A l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale :

1° au premier alinéa, après les mots : « sous réserve des dispositions des articles », sont insérés les mots : « L. 162-22-1 à L. 162-22-6 » ; les deux dernières phrases de cet alinéa sont supprimées ;

2° le cinquième et le huitième alinéas sont supprimés.

III. — L'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-25.* — Les dispositions de l'article L. 162-23 sont applicables aux établissements de rééducation fonctionnelle, à l'exception des établissements privés visés à la deuxième phase du quatrième alinéa de l'article L. 238 du code de la santé publique, qui sont régis par les articles L. 162-22 et L. 162-22-1 à L.162-22-6. »

IV. — A l'article L.162-34 du code de la sécurité sociale, les mots : « du 2° du cinquième alinéa de l'article L. 162-14 » sont remplacés par les mots : « au 2° du deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3 ».

Art. 7.

I. — Sous réserve des dispositions du II ci-après, les conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements de soins privés sur le fondement de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale et applicables à la promulgation de la présente loi cessent d'avoir effet à l'entrée en vigueur de la première annexe mentionnée à l'article L. 162-22-3 de ce code ou à défaut lors de l'intervention de l'arrêté interministériel mentionné au II de l'article L. 162-22-5 du même code.

II. — A titre transitoire, les tarifs des prestations dispensées avec hébergement dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale sont fixés par les conventions prévues par cet article tant que ces prestations ne sont pas incluses dans la classification mentionnée au 2° de l'article L. 162-22-1 et au 2° du III de l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale. Le montant total annuel des frais d'hospitalisation comportant un hébergement mentionné au 1° de l'article L. 162-22-2 et au 1° du I de l'article L. 162-22-5 ne concerne que les prestations incluses dans cette classification.

Ces tarifs comprennent les frais d'analyses et d'examen de biologie médicale : leur homologation est accordée au vu, d'une part, des caractéristiques propres de chaque établissement, notamment du volume de son activité, d'autre part, de l'évolution des dépenses hospitalières définie à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sociale et sanitaire de l'Etat.

A défaut des conventions prévues par l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale ou si les tarifs conventionnels n'ont pas été homologués, les caisses fixent des tarifs de responsabilité applicables pour les soins mentionnés au premier alinéa. Ces tarifs sont homologués dans les mêmes conditions que les tarifs conventionnels.

Les dispositions transitoires figurant aux trois alinéas qui précèdent prendront fin au plus tard le 31 décembre 1993.

III. — La classification des prestations ne comportant pas d'hébergement dispensées dans les établissements relevant de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale, prises en charge par les régimes d'assurance maladie, ainsi que les tarifs afférents à ces prestations seront, à titre transitoire, fixés par arrêté interministériel jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord mentionné à l'article L. 162-22-2 de ce code ou à défaut de l'arrêté mentionné au I de l'article L. 162-22-5 du même code.

*Art. 7 bis (nouveau).*

Une contribution exceptionnelle égale à 0,6 % du chiffre d'affaires réalisé en France en 1990, au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est due par les établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques remboursables. La remise due par chaque établissement est versée à l'Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (U.R.S.S.A.F.) dont relève son siège avant le 1<sup>er</sup> décembre 1991. La contribution est recouvrée comme une cotisation de sécurité sociale. Son produit est réparti entre les régimes d'assurance maladie, suivant une clé de répartition fixée par arrêté interministériel.

Pour la période du 1<sup>er</sup> juillet au 31 décembre 1991, les remises, ristournes et avantages commerciaux de toute nature consentis par tous les fournisseurs d'officine de spécialités pharmaceutiques remboursables ne peuvent excéder par mois et par ligne de produit 2,25 % du prix de ces spécialités.

**TITRE II**

**DISPOSITIONS SOCIALES APPLICABLES  
DANS LES DÉPARTEMENTS D'OUTRE-MER**

**CHAPITRE PREMIER**

**Dispositions relatives aux prestations familiales.**

.....

Art. 9 et 10.

..... Conformes .....

CHAPITRE II

**Dispositions relatives à la protection de la maternité.**

.....

CHAPITRE III

**Dispositions relatives à l'action sociale  
des caisses d'allocations familiales.**

.....

Art. 13.

L'article L. 752-8 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 752-8.* — Les caisses d'allocations familiales doivent, en outre, contribuer à la prise en charge des frais de restauration scolaire.

« Le financement de cette action sociale spécifique est assuré par l'affectation d'une fraction des ressources des caisses, telles qu'elles sont mentionnées à l'article L. 241-6, dont le montant global est fixé annuellement, pour chaque caisse, par arrêté interministériel.

« Les régimes autres que le régime général contribuent au financement de l'action sociale spécifique, en fonction des dépenses engagées pour leurs bénéficiaires, dans des conditions fixées par arrêté interministériel. »

.....

## CHAPITRE IV

### Dispositions diverses et transitoires.

#### Art. 15.

*[Pour coordination.]*

I. — Les dispositions des articles 8 à 12 de la présente loi, ainsi que celles de l'article 14 en ce qu'elles concernent l'action sociale mentionnée à l'article 12, entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> juillet 1991.

Par dérogation aux dispositions de l'article 9, la somme des allocations familiales et des majorations pour âge perçues par les familles de deux enfants dont les droits sont ouverts à ce titre au 1<sup>er</sup> août 1991, est maintenue au montant en vigueur au 1<sup>er</sup> juillet 1991 aussi longtemps que cette somme reste supérieure aux droits dus en application du même article 9.

II. — Les dispositions de l'article 13 et, sous réserve des dispositions du I ci-dessus, de l'article 14 entreront en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1993.

III. — L'article L. 755-2-1 du code de la sécurité sociale entrera en vigueur, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, le 1<sup>er</sup> janvier 1993.

.....

## TITRE III

### DISPOSITIONS DIVERSES

#### Art. 17 A (*nouveau*).

Les prestations et les salaires servant de base à leur calcul mentionnés aux articles L. 341-6 et L. 351-11 du code de la sécurité sociale, ainsi que les prestations, salaires et revenus dont les modalités de revalorisation et de majoration sont identiques, sont revalorisés de 0,8 % au 1<sup>er</sup> juillet 1991.

Art. 17 B (*nouveau*).

I. – Au cinquième alinéa de l'article L. 381-30 ainsi qu'au quatrième alinéa de l'article L. 381-31 du code de la sécurité sociale, les mots : « condamnés placés sous le régime de semi-liberté » sont remplacés par les mots : « condamnés bénéficiant d'une mesure de semi-liberté ou de placement à l'extérieur en application de l'article 723 du code de procédure pénale ».

II. – L'article L. 433-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 433-4.* – L'indemnité journalière n'est pas due pendant la détention à moins que la victime n'ait été admise par le juge de l'application des peines à bénéficier d'une des mesures prévues à l'article 723 du code de procédure pénale. »

Art. 17 C (*nouveau*).

I. – L'article L. 637-1 du code de la sécurité sociale est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les personnes condamnées en application de l'alinéa précédent sont inéligibles pour une durée de six ans :

« – aux chambres de commerce et d'industrie ;

« – aux chambres de métiers ;

« – aux conseils d'administration des caisses d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et d'assurance vieillesse et invalidité-décès des professions artisanales, industrielles et commerciales. »

II. – Il est inséré, après l'article L. 637-1 du code de la sécurité sociale, un article L. 637-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 637-2.* – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 244-4, le juge peut prononcer les peines d'inéligibilité et d'incapacité prévues à cet article dès la première condamnation pour non paiement des cotisations dues aux régimes mentionnés au présent titre. »

III. – L'article L. 612-12 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions des articles L. 637-1 et L. 637-2 sont applicables au régime institué par le présent titre. »

Art. 17.

..... Supprimé .....

#### TITRE IV

*[Division et intitulé supprimés.]*

Art. 18.

..... Supprimé .....

Art. 19 (*nouveau*).

Dans le dernier alinéa de l'article L. 18 du code des débits de boisson et des mesures contre l'alcoolisme, après les mots : « à titre professionnel », sont insérés les mots : « ou faisant l'objet d'envois nominatifs ainsi que les affichettes, tarifs, menus ou objets à l'intérieur des lieux de vente à caractère spécialisé ».

Art. 20 (*nouveau*).

L'article L. 19 du code des débits de boisson et des mesures contre l'alcoolisme est complété par les mots : « ou libellées sur des supports disposés à titre commémoratif à l'occasion d'opération d'enrichissement ou de restauration du patrimoine naturel ou culturel, ou de participation à des actions humanitaires ».

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 26 juin 1991.*

*Le Président,*

*Signé : LAURENT FABIUS.*