

Décision n° 2002-463 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2003

**LFSS 2003**

**Dossier documentaire**

SOMMAIRE

**1<sup>ère</sup> partie : Questions posées par la saisine**

I – Sincérité

- A - Articles 20 et 21 : prévisions et estimation
- B - Articles 49, 50 et 51 : ONDAM

II – Dispositions contestées

- A - Article 13 : taxation des bières fortes
- B - Article 43 : « tarif de responsabilité » des médicaments
- C - Article 59 : Majoration des pensions pour enfants

III – Cavaliers sociaux

A – Attaqués par la saisines

- 1 - Article 2 : Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé
- 2 - Article 7 : rapport sur l'ONDAM
- 3 - Article 23 : communication de documents administratifs
- 4 - Article 31 : rapport du ministre
- 5 - Article 42 : report de dates
- 6 - Article 56 : autonomisation de la branche accidents du travail

B – Soulevés d'office

- 1 - Article 28 : honoraires des médecins hospitaliers
- 2 - Article 30 : contrats de bonnes pratique
- 3 - Article 31 : service de contrôle médical

**2<sup>ème</sup> partie : Normes de référence**

I – Constitution de 1958

II – Préambule de la Constitution de 1946

III – Déclaration des droits de l'Homme et du citoyen de 1789

IV – Code de la sécurité sociale (chapitre 1<sup>er</sup> bis)

**3<sup>ème</sup> partie : Documentation**

Pour l'essentiel, cette partie présente, dans la mesure du possible, les documents cités par les saisissants et le Gouvernement afin de faciliter la lecture des pièces de procédure.

## TABLE DES MATIERES

### **I - Questions posées par la saisine..... 6**

#### **I - Sincérité.....6**

- A- Articles 20 et 21 (ex 8 et 9) : Prévisions.....6
- B- Articles 49, 50 et 51 (ex 32, 33 et 34) : ONDAM .....6

#### **II - Dispositions contestées .....6**

- A – Article 13 (ex 4bis) : Taxation des bières fortes.....6
- B – Article 43 (ex 27) : Tarif de responsabilité des médicaments.....6
- C – Article 59 (ex 41) : Majoration de pension pour enfants .....6

#### **III – Cavaliers sociaux .....7**

##### **A - Cavaliers sociaux attaqués par la saisine .....7**

- Article 2 (ex 1bis) :.....7
- Article 7 (ex 2) :.....7
- Article 23-II ( ex 11-II) :.....7
- Article 31 (ex 16) :.....7
- Article 42 (ex 25) :.....7
- Article 56 (ex 38) :.....7

##### **B - Cavaliers sociaux soulevés d’office .....8**

- Article 28 (14bis) :.....8
- Article 30 (15 bis) :.....8
- Article 31 (16) : .....8

### **II - Normes de référence ..... 9**

#### CONSTITUTION DE 1958 .....9

- Art. 34 .....9
- Art. 39. - .....9
- Art. 44. - .....9
- Art. 45. - .....9
- Art. 47-1. - .....10

#### Déclaration des droits de l’Homme et du citoyen .....10

- Art. 8.....10
- Art. 13 .....10
- Art. 14 .....10

#### Préambule de la Constitution de 1946.....11

#### CODE DE LA SECURITE SOCIALE.....12

- Article LO111-3.....12
- Article LO111-4.....12
- Article LO111-5.....13
- Article LO111-6.....13
- Article LO111-7.....13

#### Loi organique no 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances.....14

### **III - Documentation ..... 15**

#### **I - Sincérité.....15**

|  |    |
|--|----|
| Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2002.                                     | 15 |
| <i>Les principales hypothèses de la prévision</i> .....  | 15 |
| ONDAM 2002.....  | 17 |
| ONDAM 2003.....  | 18 |
| A- Articles 20 et 21 (ex 8 et 9) : Prévisions .....  | 19 |
| - <i>Décision n° 97-393 DC du 18 décembre 1997 - Loi de financement de la sécurité sociale pour 1998</i> .....   | 19 |
| - <i>Décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999 – Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000</i> .....   | 19 |
| - <i>Décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 – Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001</i> ..... | 20 |
| - <i>Décision n° 2001-448 DC du 25 juillet 2001 : Loi organique relative aux lois de finances</i> .....          | 21 |
| - <i>Décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001 Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002</i> .....   | 22 |
| - <i>Décision n° 2001-456 DC du 27 décembre 2001 Loi de finances pour 2002</i> .....                             | 23 |
| - <i>Sénat , amendement n° I-225, LFI pour 2003,</i> .....   | 24 |
| B- Articles 49, 50 et 51 (ex 32, 33 et 34) : ONDAM.....  | 27 |
| - <i>Décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 - Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001</i> ..... | 27 |
| - <i>Sénat – 1<sup>ère</sup> lecture – Rapport – 58 tome 1</i> .....   | 27 |
| - <i>AN – 1<sup>ère</sup> lecture – Rapport – 330 tome 1</i> .....   | 29 |

#### **II - Dispositions contestées .....33**

|   |    |
|---|----|
| A – Article 13 (ex 4bis) : Taxation des bières fortes .....   | 33 |
| - <i>Code général des impôts : Article 520 A</i> .....  | 33 |
| - <i>Décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991 : Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme</i> .....                        | 34 |
| - <i>Décision n° 2000-441 DC du 28 décembre 2000 : Loi de finances rectificative pour 2000</i> .....  | 34 |
| - <i>Décision n° 2000-442 DC du 28 décembre 2000 - Loi de finances pour 2001</i> ..   | 36 |
| - <i>Décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001 - Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002</i> .....                            | 36 |
| B – Article 43 (ex 27) : Tarif de responsabilité des médicaments .....  | 37 |
| - <i>Modifications introduites par l'article 43 (ex 27) de la LFSS pour 2003</i> .....  | 37 |
| - <i>Code de déontologie médicale</i> .....   | 44 |
| - <i>Décision n° 86-225 DC du 23 janvier 1987 - Loi portant diverses mesures d'ordre social</i> .....                                       | 44 |
| - <i>Décision n° 89-269 DC du 22 janvier 1990 - Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé</i> .....   | 45 |
| - <i>Décision n° 90-287 DC du 16 janvier 1991 - Loi portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales</i> ..... | 45 |
| - <i>Décision n° 91-296 DC du 29 juillet 1991- Loi portant diverses mesures d'ordre social</i> .....  | 46 |

|  |           |
|--|-----------|
| - Décision n° 93-325 DC du 13 août 1993 Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France.....  | 46        |
| -Décision n° 96-387 DC du 21 janvier 1997 - Loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance..... | 47        |
| - Décision n° 97-393 DC du 18 décembre 1997 - Loi de financement de la sécurité sociale pour 1998.....   | 49        |
| - Décision n° 99-416 DC du 23 juillet 1999- Loi portant création d'une couverture maladie universelle.....   | 49        |
| - Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001- Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception.....  | 50        |
| - Décision n° 2001-451 DC du 27 novembre 2001 - Loi portant amélioration de la couverture des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles.....   | 51        |
| - Débats Assemblée nationale, 1ere séance du 30 octobre 2002.....  | 51        |
| - Assemblée nationale – 1 <sup>ère</sup> lecture – Rapport 330 tome 2 (p. 23 ; p. 88-89).....  | 51        |
| - Rapport public du Conseil d'État 1998 - Études et documents n° 49 : Réflexion sur le droit à la santé, p. 238 - 239.....   | 54        |
| <b>C – Article 59 (ex 41) : Majoration de pension pour enfants.....</b>  | <b>55</b> |
| - Décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.....   | 55        |
| - Décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001 Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002.....   | 56        |
| - Les cahiers du Conseil constitutionnel, n° 12 Présentation de la décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.....   | 56        |
| <b>III – Cavaliers sociaux.....</b>  | <b>58</b> |
| Nombre d'articles des LFSS depuis l'origine.....   | 58        |
| <b>A - Cavaliers sociaux attaqués par la saisine.....</b>  | <b>59</b> |
| 1 - Article 2 (ex 1bis) : Office parlementaire d'évaluation des politiques.....  | 59        |
| 2 - Article 7 (ex 2) : Rapport sur l'ONDAM.....  | 59        |
| - Décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998 - Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.....   | 59        |
| - Décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001 - Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002.....   | 59        |
| - Assemblée nationale – 1 <sup>ère</sup> lecture – Rapport 330 tome 2 (p. 41).....   | 59        |
| 3- Article 23 –II : Communication de documents administratifs.....   | 61        |
| - Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal.....   | 61        |
| - Code de la santé publique - Article L. 6113-6.....   | 61        |
| - Loi n° 2000-1257 : Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.....  | 62        |
| - Décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998 Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.....   | 63        |
| - Décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999 : Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.....   | 63        |
| 4- Article 31 (ex 16) : Rapport du ministre de la santé.....   | 64        |

|  |           |
|--|-----------|
| - <i>Code de la sécurité sociale</i> .....   | 64        |
| 5 - Article 42 (ex 25) : Date butoir de signature de conventions tripartites .....                               | 66        |
| - <i>Code de l'action sociale et des familles</i> .....  | 66        |
| - <i>Loi no 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001</i> .....              | 67        |
| - <i>Décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999 - Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000</i> .....   | 67        |
| 6 - Article 56 (ex 38) : Autonomisation de la branche accidents du travail .....                                 | 68        |
| - <i>Code de la sécurité sociale (non consolidé)</i> .....   | 68        |
| - <i>Décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001 - Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002</i> ..... | 71        |
| - <i>Assemblée nationale – 1<sup>ère</sup> lecture – Rapport – 330 tome 1</i> .....                              | 71        |
| <b>B - Cavaliers sociaux soulevés d’office</b> .....   | <b>72</b> |
| 1 – Article 28 : Honoraires des médecins hospitaliers .....  | 72        |
| 2 – Article 30 : « contrats de bonne pratique ».....   | 72        |
| 3 – Article 32 : service de contrôle médical .....   | 72        |

# I - Questions posées par la saisine

## I - Sincérité

### A- Articles 20 et 21 (ex 8 et 9) : Prévisions

### B- Articles 49, 50 et 51 (ex 32, 33 et 34) : ONDAM

*Les prévisions et objectifs des articles 20 et 21 d'une part et 32, 33 et 34 d'autre part sont-ils sincères ?*

## II - Dispositions contestées

### A – Article 13 (ex 4bis) : Taxation des bières fortes

*L'article 13 qui instaure une « cotisation » spécifique applicable aux « bières fortes » est-il conforme au principe d'égalité ?*

### B – Article 43 (ex 27) : Tarif de responsabilité des médicaments

*L'article 43 instaurant un « tarif forfaitaire de responsabilité » pour le remboursement des médicaments appartenant à un même « groupe générique » :*

- *est-il contraire au principe d'égalité ?*
- *méconnaît-il les exigences constitutionnelles relatives au droit à la protection de la santé ?*

### C – Article 59 (ex 41) : Majoration de pension pour enfants

*La nouvelle augmentation décidée par l'article 59 (de 30% à 60%) de la part mise à la charge de la CNAF des dépenses afférentes à la majoration des pensions pour enfants méconnaît-elle :*

- *le principe de l'autonomie des branches de la sécurité sociale . ?*
- *les exigences du Préambule de 1946 ?*
- *le principe d'égalité entre les familles ?*

### III – Cavaliers sociaux

*Les dispositions suivantes trouvent-elles leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale ?*

#### A - Cavaliers sociaux attaqués par la saisine

**Article 2 (ex 1bis) :**

**Création d'un office parlementaire d'évaluation des politiques de santé**

*Cette création améliore-t-elle le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ?*

**Article 7 (ex 2) :**

**Rapport au Parlement analysant l'évolution des soins financés au titre de l'ONDAM**

*Cet article améliore-t-il le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ?*

**Article 23-II (ex 11-II) :**

**Non communication au public des documents préalables à l'élaboration des rapports d'audit des établissements hospitaliers**

*Le II de l'article 23 est-il inséparable du I qui prévoit la mise en place de missions d'audit et d'expertise hospitaliers ?*

*Dans l'affirmative, le I a-t-il lui-même sa place en loi de financement de la sécurité sociale ?*

**Article 31 (ex 16) :**

**Rapport du ministre sur la cohérence des accords et conventions passés entre les organismes d'assurance maladie et les professionnels de la santé**

*Cet article contribue-t-il à l'amélioration de l'information du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ?*

*Qu'en est-il du second alinéa de cet article ?*

**Article 42 (ex 25) :**

**Report, du 31 décembre 2003 au 31 décembre 2006, de la date butoir de signature des « conventions pluriannuelles tripartites » (établissements, États, départements) en matière d'hébergement des personnes âgées dépendantes**

*Ce report a-t-il des incidences financières en 2003 sur l'assurance maladie ?*

**Article 56 (ex 38) :**

**Renforcement de l'autonomie de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles »**

*Les dispositions de cet article sont-elles séparables les unes des autres ?*

*Dès lors, chacun des trois groupes de dispositions a-t-il sa place en loi de financement ?*

## **B - Cavaliers sociaux soulevés d'office**

### **Article 28 (14bis) :**

**Perception directe de leurs honoraires pour les médecins hospitaliers exerçant en partie à titre libéral.**

*Cette disposition a-t-elle une incidence sur l'équilibre financier de l'assurance maladie ?*

### **Article 30 (15 bis) :**

**Nouvelle dénomination des « contrats de bonne pratique » en « contrats de pratiques professionnelles »**

*Cette évolution est-elle seulement terminologique ?*

### **Article 31 (16) :**

**Transformation du « service de contrôle médical » en « service médical de l'assurance maladie ».**

*Cette transformation est-elle seulement terminologique ?*



## II - Normes de référence

### **CONSTITUTION DE 1958**

#### **Titre V : Des rapports entre le Gouvernement et le Parlement**

##### **Art. 34**

La loi fixe les règles concernant :

(...)

l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toutes natures ;

(...)

La loi fixe les principes fondamentaux :

du droit du travail, du droit syndical et de la sécurité sociale.

Les lois de finances déterminent les ressources et les charges de l'État dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique<sup>1</sup>.

« 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 organique<sup>2</sup>. »<sup>3</sup>

##### **Art. 39. -**

L'initiative des lois appartient concurremment au Premier Ministre et aux membres du Parlement.

Les projets de loi sont délibérés en Conseil des Ministres après avis du Conseil d'Etat et déposés sur le bureau de l'une des deux assemblées. « Les projets de loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale sont soumis en premier lieu à l'Assemblée nationale. »<sup>4</sup>

##### **Art. 44. -**

Les membres du Parlement et le Gouvernement ont le droit d'amendement.

Après l'ouverture du débat, le Gouvernement peut s'opposer à l'examen de tout amendement qui n'a pas été antérieurement soumis à la commission.

Si le Gouvernement le demande, l'assemblée saisie se prononce par un seul vote sur tout ou partie du texte en discussion en ne retenant que les amendements proposés ou acceptés par le Gouvernement.

##### **Art. 45. -**

Tout projet ou proposition de loi est examiné successivement dans les deux assemblées du Parlement en vue de l'adoption d'un texte identique.

Lorsque, par suite d'un désaccord entre les deux assemblées, un projet ou une proposition de loi n'a pu être adopté après deux lectures par chaque assemblée ou, si le Gouvernement a déclaré l'urgence, après une seule lecture par chacune d'entre elles, le Premier Ministre a la faculté de provoquer la réunion d'une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion.

Le texte élaboré par la commission mixte peut être soumis par le Gouvernement pour approbation aux deux assemblées. Aucun amendement n'est recevable sauf accord du Gouvernement.

---

1 Ordonnance organique n° 59-2 du 2 janvier 1959. A noter que ce texte est progressivement remplacé par les dispositions de la loi organique n° 2001-692 du 1<sup>er</sup> août 2001

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

3 Inséré par la loi constitutionnelle n° 96-138 du 22 février 1996, article 1er

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

Si la commission mixte ne parvient pas à l'adoption d'un texte commun ou si ce texte n'est pas adopté dans les conditions prévues à l'alinéa précédent, le Gouvernement peut, après une nouvelle lecture par l'Assemblée Nationale et par le Sénat, demander à l'Assemblée Nationale de statuer définitivement. En ce cas, l'Assemblée Nationale peut reprendre soit le texte élaboré par la commission mixte, soit le dernier texte voté par elle, modifié le cas échéant par un ou plusieurs des amendements adoptés par le Sénat.

#### **Art. 47-1. -**

Le Parlement vote les projets de loi de financement de la sécurité sociale dans les conditions prévues par une loi organique<sup>5</sup>.

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.

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**

### **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.

### **Art. 14**

Tous les citoyens ont le droit de constater, par eux-mêmes ou par leurs représentants, la nécessité de la contribution publique, de la consentir librement d'en suivre l'emploi, et d'en déterminer la quotité, l'assiette, le recouvrement et la durée.

---

<sup>5</sup>Loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996

## **Préambule de la Constitution de 1946**

**10.** La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement.

**11.** Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence.

**12.** La Nation proclame la solidarité et l'égalité de tous les français devant les charges qui résultent des calamités nationales.

# **CODE DE LA SECURITE SOCIALE**

## 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 organique n° 96-646 du 22 juillet 1996 art. 3 I Journal Officiel du 23 juillet 1996)*

*(inséré par Loi organique n° 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.

### **Article LO111-4**

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

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

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

I. - Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année est accompagné d'un rapport présentant 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.

II. - Sont jointes au projet de loi des annexes :

a) Présentant les données de la situation sanitaire et sociale de la population ;

b) Rendant compte de la mise en oeuvre des dispositions des lois de financement de la sécurité sociale de l'exercice précédent ;

c) Décrivant l'évolution prévisible, pour l'année en cours et l'année suivante, des recettes et des dépenses des régimes obligatoires de base de sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et, le cas échéant, de leurs besoins de trésorerie en cours d'exercice, ainsi que les perspectives d'évolution de ces recettes et de ces dépenses pour les deux années postérieures ;

- d) Décivant, pour l'année en cours et l'année suivante, par catégorie, les ressources des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;
- e) Faisant apparaître, pour l'année en cours, les compensations financières entre régimes ;
- f) Décivant, pour l'année en cours et l'année suivante, les comptes prévisionnels des organismes ayant pour mission de concourir au financement de ces mêmes régimes et, s'il y a lieu, à l'apurement de la dette ;
- g) Retraçant pour les trois années précédentes, d'une part, les comptes de la protection sociale qui regroupent l'ensemble des prestations sociales et les moyens de leur financement en mettant en évidence leur place dans les équilibres généraux économiques et financiers, d'autre part, l'effort social de la nation qui regroupe les prestations sociales et les charges qui en découlent pour l'Etat, les collectivités locales, les employeurs, les assurés et les contribuables.

III. - Est également joint le rapport de la Cour des comptes prévu par l'article L.O. 132-3 du code des juridictions financières.

IV. - Tous les trois ans, le Gouvernement adresse au Parlement, en même temps que le projet de loi de financement, un document présentant la liste des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et précisant le nombre de leurs cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres.

#### **Article LO111-5**

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

En cas d'urgence, les limites prévues au 5° du I de l'article L.O. 111-3 peuvent être relevées par décret pris en conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat. La ratification de ces décrets est demandée au Parlement dans le plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.

#### **Article LO111-6**

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

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année, y compris le rapport et les annexes mentionnés aux I et II de l'article L.O. 111-4, est déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre ou, si cette date est un jour férié, le premier jour ouvrable qui suit.

#### **Article LO111-7**

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

L'Assemblée nationale doit se prononcer, en première lecture, dans le délai de vingt jours après le dépôt d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Le Sénat doit se prononcer, en première lecture, dans un délai de quinze jours après avoir été saisi.

Si l'Assemblée nationale n'a pas émis un vote en première lecture sur l'ensemble du projet de loi de financement de la sécurité sociale dans le délai prévu à l'article 47-1 de la Constitution, le Gouvernement saisit le Sénat du texte qu'il a initialement présenté, modifié le cas échéant par les amendements votés par l'Assemblée nationale et acceptés par lui. Le Sénat doit alors se prononcer dans un délai de quinze jours après avoir été saisi.

Si le Sénat n'a pas émis un vote en première lecture sur l'ensemble du projet dans le délai imparti, le Gouvernement saisit à nouveau l'Assemblée nationale du texte soumis au Sénat, modifié, le cas échéant, par les amendements votés par le Sénat et acceptés par lui.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale est ensuite examiné selon la procédure d'urgence dans les conditions prévues à l'article 45 de la Constitution.

**Loi organique no 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances**

(...)

**Article 32**

Les lois de finances présentent de façon sincère l'ensemble des ressources et des charges de l'Etat. Leur sincérité s'apprécie compte tenu des informations disponibles et des prévisions qui peuvent raisonnablement en découler.

(...)

## III - Documentation

### I - Sincérité

#### **Rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale, septembre 2002**

##### Avant-propos (extraits)

L'ONDAM pour 2003, qui est le seul élément de la loi de financement intégré la dans la prévision, a été fixé à un niveau sensiblement plus élevé que les années précédentes. Il semble donc moins susceptible de dépassement.

Les incertitudes pour 2003 sont plutôt de nature macroéconomique. La reprise conjoncturelle qui semblait se faire jour dans la première moitié de l'année est aujourd'hui moins assurée. Les perspectives de croissance pour le second semestre de 2002 sont revues à la baisse, ce qui réduit mécaniquement les « acquis » dont bénéficiera l'année 2003. L'hypothèse retenue dans ce compte pour l'évolution de la masse salariale, qui détermine largement l'augmentation des recettes de la sécurité sociale, est une progression de 4,1 % en 2003, après 3,7% en 2002. Sa réalisation suppose une reprise de la croissance des effectifs salariés dans les prochains trimestres.

François Monier (secrétaire général CCSS)

Le 22 septembre 2002

##### **Les principales hypothèses de la prévision**

(...)

Ce scénario est une hypothèse centrale, référentiel pour la construction du budget de l'Etat en 2003. Il faut souligner que l'exercice revêt, dans le contexte économique et financier actuel, peut être plus que par le passé, une réelle incertitude qui s'étend aux prévisions présentées dans ce rapport pour la sécurité sociale. Plus de 70 % des recettes du régime général dépendent en effet du rythme d'évolution attendu de la masse salariale et les perspectives de chômage influencent fortement les charges du FSV. L'une comme l'autre sont difficiles à anticiper, de même que la montée en charge des exonérations de cotisations sociales. Toute variation de 0,1 point de la masse salariale entraîne ainsi un gain ou une perte de recettes (toutes recettes confondues) de l'ordre de 150 millions d'euros.

##### **Le mode de construction des «prévisions » pour 2003**

Les prévisions pour 2003 présentées dans ce rapport reposent sur les hypothèses macro-économiques retenues par le gouvernement dans le cadre du projet de loi de finances pour 2003. Elles ne tiennent pas compte des mesures inscrites dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003. Elles reflètent la situation dans laquelle se trouveraient les organismes de sécurité sociale avant toute mesure inscrite en loi de financement. Il y a toutefois une exception à ce principe : la prise en compte dans la prévision pour 2003 du montant de l'ONDAM tel qu'il sera proposé par le gouvernement dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale. Le montant des dépenses d'assurance maladie retenu pour 2003 n'est pas en effet une prévision tendancielle, mais un objectif. Il intègre donc certaines inflexions par rapport à cette tendance, qui nécessitent que soient prises des mesures notamment dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Hors ONDAM, les résultats présentés sont donc à analyser comme «avant toute mesure nouvelle». Ainsi le transfert entre la branche « maladie » et la branche « accidents du travail » au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles (0,3 milliard d'euros en 2002) n'est pas inscrit dans les comptes. Le transfert de la CNAF au FSV au titre des majorations de pensions est maintenu au taux de 2002 (30%).

En toute rigueur, le compte « tendanciel » ainsi établi pour 2003 ne peut être qualifié de «prévision» au sens de réalisation la plus probable. Certaines des évolutions qu'il décrit sont en effet incompatibles

avec les prescriptions législatives, ou tout simplement peu satisfaisantes. Elles doivent être corrigées, et c'est justement l'objet de ce compte tendanciel que d'évaluer l'ampleur des dispositions correctrices à mettre en œuvre.

Ainsi, un supplément de recettes devra être apporté au FOREC en 2003, faute de quoi il serait déficitaire d'environ 950 millions d'euros. Comme les années précédentes, un transfert sera organisé, au sein de la CNAM, de la branche des accidents du travail vers la maladie au titre de la sous déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles, qui modifiera les soldes des deux branches. La situation du FSV pourrait être également modifiée par des mesures de rééquilibrage en loi de financement de la sécurité sociale.

Si le compte ici présenté pour 2003 n'intègre pas les dispositions de la prochaine LFSS (à l'exception de l'ONDAM), il n'est pas pour autant établi «à législation constante». Ainsi certaines décisions déjà prises ou sur le point de l'être dans d'autres textes que la LFSS sont prises en compte. C'est notamment le cas de deux catégories de mesures dont l'incidence sur les comptes de la sécurité sociale sera notable. La première concerne la modification des règles de calcul des transferts de compensation vieillesse. La seconde est liée à la réforme des allègements de charges sociales financés par le FOREC.

A partir de 2003, le calcul des transferts de compensation vieillesse prendra en compte les chômeurs dont les cotisations de retraite sont prises en charge par le FSV (sur une base forfaitaire) en les considérant comme des actifs cotisants. Dans le même temps, le taux de la compensation spécifique sera réduit de 30 % à 27% pour le calcul des transferts au titre de 2003. Cette réforme se traduira par une modification importante des transferts, au détriment principal du régime général.

Quant à la refonte des exonérations de cotisations (mise en place progressive de l'allègement unique dans le cadre de la « convergence » des SMIC), elle est bien prise en compte dans l'évaluation des dépenses du FOREC en 2003.

### Un déficit aggravé en 2003

Le résultat du régime général serait déficitaire de 4,6 milliards d'euros en 2003, avant mesures nouvelles de la loi de financement de la sécurité sociale. Cette prévision intègre néanmoins l'objectif de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) proposé par le gouvernement pour 2003, qui correspond à un taux d'augmentation de 5,3%. Celui-ci est sensiblement plus élevé que les années précédentes (4%<sup>6</sup> en 2002 dans la LFSS 2002), mais inférieur à l'évolution constatée en 2002 (7,2%). Il intègre un effort d'économie par rapport à l'évolution tendancielle qui semble se situer, dans la période actuelle, aux alentours de 6,5% / 7%.

### Principales hypothèses 2002-2003

|   | <b>2002</b> | <b>2003</b> |
|---|-------------|-------------|
| <b><u>Cotisations</u></b>                       |             |             |
| Effectifs                                       | 0,8%        | 1,1%        |
| Salaires moyen secteur privé                    | 2,9%        | 2,9%        |
| Plafond de la sécurité sociale                  |             |             |
| Evolution du plafond                            | 3,2%        | 3,4%        |
| <b>Masse salariale secteur privé</b>            | <b>3,7%</b> | <b>4,1%</b> |
| <b>Masse salariale secteur privé (plafonné)</b> | <b>3,9%</b> | <b>4,3%</b> |
| <b><u>Hypothèses de revalorisations</u></b>     |             |             |
| <b>Prix hors tabac</b>                          | 1,7%        | 1,5%        |
| Revalorisation des pensions                     | 2,2%        | 1,5%        |
| Revalorisation de la BMAF                       | 2,1%        | 1,7%        |
| <b><u>Evolution des prestations</u></b>         |             |             |
| ONDAM NET Tous régimes                          | 7,2%        | 5,3%        |

<sup>6</sup> 3,8 % dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 présenté par le gouvernement



## ONDAM 2002

### Le contexte juridique

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2002 a été fixé par la loi de financement de la sécurité sociale à 112,8 milliards d'euros en augmentation de 4,0 % par rapport à la base 2001. Cet objectif a été pour la première fois fixé en droits constatés.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a prévu la mise en place d'un régime couvrant les accidents du travail au bénéfice des exploitants agricoles. Les dépenses de soins de santé et les indemnités journalières de ce nouveau régime s'ajoutent aux dépenses de l'ONDAM.

Par ailleurs, des mesures de revalorisations tarifaires visant les professionnels de santé ont été prises à la fin de l'année 2001 et en 2002, et contribuent à la progression des dépenses en 2002. Dans le sens inverse, le plan de baisse sur les prix des médicaments intervenu au cours de l'année 2001 produit son plein effet en 2002, et de nouvelles baisses de prix, décidées à l'été 2002, auront un impact sur les derniers mois de l'année.

Enfin, dans les établissements, l'année 2002 est marquée par la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière, la signature d'un accord de revalorisation tarifaire des cliniques de 3,93 %, l'achèvement des plans de création de places dans les établissements pour handicapés et la montée en charge de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées dépendantes.

### Les hypothèses de dépenses de l'ONDAM 2002

- L'évolution de la consommation de ville reste rapide et les mesures de hausse tarifaire contribuent à augmenter les dépenses en 2002.

La tendance pour 2002 reste soutenue. Après un ralentissement de la croissance au dernier trimestre 2001, les premiers mois de consommation de soins de l'année 2002 montrent une reprise de la croissance tendant d'abord à rattraper le ralentissement de la fin de l'année 2001 puis à se maintenir sur le rythme de moyen terme. L'effet sur les volumes des importantes mesures tarifaires sur les honoraires de professionnels de santé libéraux est toutefois incertain. Les prévisions retenues reposent sur une hypothèse intermédiaire entre un scénario de poursuite de la tendance et un scénario de croissance plus modérée des volumes induites par les revalorisations tarifaires.

Les nombreuses mesures nouvelles contribuent notablement à la croissance des dépenses en 2002. Les revalorisations tarifaires négociées en 2002 avec les professionnels de santé libéraux pèsent sur les dépenses 2002 à hauteur de 1,5 point de croissance des soins de ville. Une partie de ces mesures pourrait toutefois être financée par des économies, notamment sur le médicament, si les engagements de prescription de génériques (en dénomination commune internationale) pris par les professionnels se concrétisaient. Par ailleurs, la croissance du poste « médicament » devrait être freinée par l'effet report du plan médicament 2001 (baisses de prix et de taux de remboursement), et par les baisses de prix décidées au cours de l'été 2002.

Dans ce contexte, les dépenses de soins de ville seraient de 54,7 milliards d'euros en 2002, en augmentation de 8,3% par rapport aux réalisations définitives de 2001, correspondant à un dépassement de 3,0 milliards d'euros. La légère révision à la hausse du taux de croissance des dépenses pour 2002 par rapport aux prévisions du rapport de juillet (+0,3 point) n'induit pas de modification sur le montant des dépenses 2002. Elle traduit une révision à la baisse de la base de dépenses 2001.

(...)

## Prévisions de dépenses ONDAM pour 2002 (en milliards d'euros)

|  | Objectif 2002 | Prévisions tous régimes | Dépassement prévisionnel | Evolution   |
|--|---------------|-------------------------|--------------------------|-------------|
| <b>TOTAL SOINS DE VILLE</b>              | <b>51,68</b>  | <b>54,68</b>            | <b>3,00</b>              | <b>8,3%</b> |
| dont ODD                                 | 23,92         | 25,20                   | 1,28                     | 7,6%        |
| dont autres soins de ville               | 27,76         | 29,49                   | 1,72                     | 8,8%        |
| <b>TOTAL ETABLISSEMENT</b>               | <b>58,46</b>  | <b>59,17</b>            | <b>0,72</b>              | <b>6,1%</b> |
| <b>Etablissements sanitaires publics</b> | <b>43,16</b>  | <b>43,87</b>            | <b>0,70</b>              | <b>5,7%</b> |
| <b>Médico-social</b>                     | <b>8,29</b>   | <b>8,29</b>             | <b>0,00</b>              | <b>8,8%</b> |
| <b>Cliniques privées</b>                 | <b>7,00</b>   | <b>7,02</b>             | <b>0,02</b>              | <b>5,9%</b> |
| <b>ONDAM METROPOLE</b>                   | <b>110,14</b> | <b>113,86</b>           | <b>3,72</b>              | <b>7,2%</b> |
| Prestations DOM                          | 2,47          | 2,64                    | 0,17                     | 8,0%        |
| Ressortissants français à l'étranger     | 0,15          | 0,21                    | 0,06                     | 0,0%        |
| Marge de manoeuvre                       | 0,03          | 0,00                    | -0,03                    | -           |
| <b>OBJECTIF NATIONAL</b>                 | <b>112,79</b> | <b>116,70</b>           | <b>3,91</b>              | <b>7,2%</b> |

## Mesures nouvelles incluses dans la prévision 2002 des soins de ville (M€)

|  |             |
|--|-------------|
| <b>TOTAL DES MESURES NOUVELLES</b>   | <b>779</b>  |
| <i>en % des soins de ville</i>   | <i>1,4%</i> |
| <i>en % de l'ONDAM</i>   | <i>0,7%</i> |
| Dont :   |             |
| 1 <sup>er</sup> accord généraliste (avenant n°8 dont revalorisation du C à 18,5 euros)   | 222         |
| 2 <sup>ème</sup> accord généraliste (revalorisation du C à 20 euros et du V 30 euros pour les visites médicalement justifiées) | 189         |
| Accord infirmières   | 138         |
| Accord masseurs-kinésithérapeutes  | 50          |

## ONDAM 2003

Dans l'attente du vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 l'hypothèse retenue dans les comptes est celle d'un montant de dépenses d'assurance maladie, nettes de la contribution conventionnelle de l'industrie pharmaceutique, de 123,5 milliards d'euros, en droits constatés.

Ceci correspond à une augmentation de 5,3 % des dépenses par rapport aux prévisions actuelles pour l'ONDAM 2002 auxquelles sont ajoutées 580 M€ de dépenses transférées sur l'ONDAM à partir de 2003.

Cet élargissement du champ de l'ONDAM de 580 M€ (soit d'environ 0,5 %) comprend 400 M€ de transferts de l'Etat vers l'assurance maladie (l'Etat reprenant par ailleurs à sa charge certains coûts de formation des médecins résidents) principalement :

- Les crédits de remplacement des protocoles hospitaliers de l'année 2000
- Le financement des centres de soins spécialisés aux toxicomanes (CSST)

Par ailleurs, 180 M€ correspondant au financement de mesures salariales dans les cliniques privées, qui sont en 2001 et 2002 à la charge du Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP), seront transférés sur l'ONDAM en 2003.

|   | Md euros |
|---|----------|
| Prévision ONDAM 2002                    | 116,7    |
| Base 2002 intégrant les transferts 2003 | 117,3    |
| ONDAM 2003 avec croissance de 5,3 %     | 123,5    |

## **A- Articles 20 et 21 (ex 8 et 9) : Prévisions**

### **- Décision n° 97-393 DC du 18 décembre 1997 -**

#### **Loi de financement de la sécurité sociale pour 1998**

##### **- SUR LA PROCEDURE LEGISLATIVE :**

2. Considérant que les députés, auteurs de l'une des deux requêtes, font valoir que la loi de financement de la sécurité sociale aurait été adoptée au terme d'une procédure irrégulière, au motif que les annexes qui, en vertu du II de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale doivent être jointes au projet de loi, n'ont été distribuées que le 21 octobre 1997, soit six jours après la date à laquelle elles auraient dû l'être ;

3. Considérant qu'aux termes de l'article L.O. 111-6 du code de la sécurité sociale : "Le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année, y compris le rapport et les annexes mentionnés aux I et II de l'article L.O. 111-4, est déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale au plus tard le 15 octobre ou, si cette date est un jour férié, le premier jour ouvrable qui suit" ; qu'en prévoyant que les annexes doivent être mises à la disposition des membres du Parlement au plus tard à cette date, l'article précité a pour objet d'assurer leur information en temps utile pour leur permettre de se prononcer en connaissance de cause sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale dans les délais prévus par l'article 47-1 de la Constitution ;

**4. Considérant que, si le projet de loi et le rapport ont été déposés le 8 octobre 1997 et mis en distribution le 15 octobre 1997, à l'Assemblée nationale, et si, conformément aux termes de l'article L.O. 111-6 du code précité, les annexes ont été également déposées à cette dernière date sur le bureau de l'Assemblée nationale, elles ne l'ont été qu'en quelques exemplaires, et n'ont été effectivement distribuées que le 21 octobre 1997 ; que, toutefois, ce retard, eu égard à sa durée, n'a pu avoir pour effet de priver l'Assemblée nationale de l'information à laquelle elle a droit pendant l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale ; qu'ainsi, un tel retard n'est pas de nature à avoir vicié la procédure législative ;**

### **- Décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999 -**

#### **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.**

##### **- SUR L'ARTICLE 12 :**

22. Considérant que, conformément au 2° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, l'article 12 prévoit pour 2000, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement ;

23. Considérant que les députés auteurs de la première saisine mettent en doute la sincérité des prévisions inscrites à cet article, en se fondant sur trois griefs ;

24. Considérant, en premier lieu, qu'ils font valoir que ne seraient pas comptées dans ces prévisions les ressources du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale ;

25. Considérant que les recettes prévisionnelles du fonds pour 2000 tirées du droit de consommation sur les tabacs, de la contribution sociale sur les bénéfices des sociétés, de la taxe générale sur les activités polluantes, du droit de consommation sur les alcools et de la contribution sur les heures supplémentaires sont prises en compte à l'article contesté dans la catégorie des " impôts et taxes affectés ", pour un montant global de 59,6 milliards de francs ; que la contribution de l'Etat prévue au 7° de l'article L. 131-10 nouveau du code de la sécurité sociale est comptée pour 4,3 milliards de francs au sein de la catégorie des " contributions publiques ", aucune recette n'étant à prévoir au titre des produits non consommés de l'année précédente, visés au 6° du même article ; que, dès lors, le grief allégué manque en fait ;

26. Considérant, en deuxième lieu, que les requérants invoquent " l'inadéquation entre certaines dépenses et les recettes qui leur sont affectées " s'agissant du fonds créé à l'article 5 ; qu'ils font valoir à cet égard que la taxe générale sur les activités polluantes et la contribution sur les heures supplémentaires auraient " vocation à décroître sinon à disparaître ", et que " l'affectation contre nature de certaines contributions au financement de dépenses de politique de l'emploi " serait " le fruit d'une erreur manifeste d'appréciation " ;

27. Considérant qu'à la supposer avérée, la décroissance à terme de certaines recettes du fonds ne met pas en cause la sincérité des prévisions de recettes pour l'année 2000 ; que l'affectation à un établissement public de contributions de nature fiscale n'est contraire à aucune règle, ni à aucun principe de valeur constitutionnelle ;

28. Considérant, en troisième lieu, que sont dénoncées trois " incohérences " entre la loi déferée et la loi de finances pour 2000 en cours d'examen au Parlement ; que l'article contesté n'aurait pas tiré les conséquences, sur le fonds de réserve des retraites, de l'affectation d'une fraction du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés prévue par la loi de finances au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles ; que l'article contesté n'aurait pas davantage tiré les conséquences de la baisse des ressources des régimes de retraite induite par la réduction du taux de la " surcompensation " ; que la loi de finances n'aurait pas pris en compte les dispositions de la loi déferée relative aux charges du budget annexe des prestations sociales agricoles ;

**29. Considérant, d'une part, qu'en ce qui concerne les ressources complémentaires du régime des retraites agricoles, les dispositions de coordination nécessaires avec la loi de finances ont été adoptées lors de l'examen en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale de la loi déferée ; que, le solde du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés étant affecté au cours de l'exercice suivant son encaissement, l'article contesté n'avait pas à traduire des incidences portant sur l'année 2001 ; qu'ont, d'autre part, été adoptées des dispositions assurant la coordination avec la baisse du taux d'application de la compensation spécifique entre régimes spéciaux d'assurance vieillesse ; que, dès lors, manquent en fait les deux premiers moyens invoqués ;**

30. Considérant, enfin, que la circonstance que la loi de finances en cours d'examen n'aurait pas tiré les conséquences de certaines dispositions de la loi de financement de la sécurité sociale serait sans effet sur la sincérité des prévisions de cette dernière ; qu'un tel grief ne pourrait être utilement présenté qu'à l'encontre de la loi de finances ;

31. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que doivent être écartés les moyens tenant au défaut de sincérité de l'article 12 ;

**- Décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 –  
Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001**

- SUR L'ARTICLE 18 :

14. Considérant que l'article 18 de la loi déferée fixe, pour 2001, les montants des " prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement " ;

15. Considérant que les sénateurs requérants estiment que cet article " n'est pas conforme à la sincérité qui permettrait au Parlement de déterminer, conformément à l'article 34 de la Constitution, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour 2001 " ; qu'ils font valoir à cet égard, s'agissant du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale dont une partie des recettes est constituée par la taxe générale sur les activités polluantes visée aux articles 266 sexies à 266 terdecies du code des douanes, qu'" aucun élément ne permet de fonder une prévision de recettes évaluée à 7 milliards de francs au titre de cette taxe ni a fortiori une prévision d'équilibre de ce fonds " ; que la modification de la taxe générale sur les activités polluantes est envisagée par le seul projet de loi de finances rectificative pour 2000, actuellement en discussion au Parlement, alors qu'elle " aurait dû figurer en loi de financement de telle sorte qu'il soit possible de coordonner l'impact de cet aménagement avec l'article 18 de la loi déferée " ;

16. Considérant, en premier lieu, que les prévisions de recettes par catégorie doivent figurer dans la loi de financement de la sécurité sociale en application du 2° du I de l'article L.O 111-3 du code de la sécurité sociale ; qu'il appartient au législateur, pour arrêter le montant desdites prévisions, de prendre en compte l'ensemble des données, notamment d'ordre fiscal, ayant une incidence sur le montant des recettes des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement ; que c'est au demeurant compte tenu de ces " prévisions de recettes " que le législateur est appelé par l'article 34 de la Constitution à fixer les objectifs de dépenses ;

17. Considérant, en deuxième lieu, que le législateur n'était pas tenu de déterminer dans la loi déferée elle-même le nouveau régime de la taxe générale sur les activités polluantes, nonobstant la circonstance que le produit de cette taxe alimente le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale ;

**18. Considérant, en troisième lieu, que le législateur a pu légitimement fixer le montant des prévisions de recettes du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale à 7 milliards de francs, compte tenu de la modification de l'assiette de la taxe générale sur les activités polluantes prévue par le projet de loi de finances rectificative pour 2000 en cours de discussion au Parlement ; que, toutefois, dans l'hypothèse où la promulgation de cette loi conduirait à une baisse significative du rendement attendu de la taxe et aurait pour effet de diminuer corrélativement les recettes du fonds prévues lors de l'adoption de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, il appartiendrait à une loi de financement de la sécurité sociale ultérieure de prendre en compte les incidences sur les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale des mesures en définitive arrêtées par la loi de finances rectificative pour 2000 ;**

19. Considérant que, sous cette réserve, les griefs formulés à l'encontre de l'article 18 de la loi déferée doivent être rejetés ;

(...)

- SUR L'ARTICLE 55 :

45. Considérant que l'article 55 fixe à 693,3 milliards de francs pour l'année 2001 l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ; que, selon les sénateurs requérants, cette évaluation serait dépourvue de tout caractère objectif et rationnel ; que serait dès lors remis en cause le fondement constitutionnel du dispositif de régulation des dépenses de soins de ville institué par le XII de l'article 24 de la loi susvisée du 29 décembre 1999, portant loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 ;

**46. Considérant qu'il ressort des travaux parlementaires que l'objectif dont la sincérité est contestée a été déterminé en tenant compte à la fois des dépenses réelles observées en 2000 et de la progression de ces dépenses attendue pour l'année 2001 ; qu'une telle estimation n'étant entachée d'aucune erreur manifeste, le grief doit être rejeté ;**

**- Décision n° 2001-448 DC du 25 juillet 2001 :**

**Loi organique relative aux lois de finances**

- Quant à l'article 32 :

60. Considérant que l'article 32 énonce le principe de sincérité des lois de finances, en précisant : « Leur sincérité s'apprécie compte tenu des informations disponibles et des prévisions qui peuvent raisonnablement en découler » ; qu'il en résulte que le principe de sincérité n'a pas la même portée s'agissant des lois de règlement et des autres lois de finances ; que, dans le cas de la loi de finances de l'année, des lois de finances rectificatives et des lois particulières prises selon les procédures d'urgence prévues à l'article 45, la sincérité se caractérise par l'absence d'intention de fausser les grandes lignes de l'équilibre déterminé par la loi de finances ;

**- Décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001**

**Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002**

. En ce qui concerne la sincérité de la loi déferée :

- Quant au réalisme des prévisions pour 2002 :

4. Considérant, en premier lieu, qu'en application du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, l'article 16 de la loi déferée fixe, pour 2002, par catégorie, les prévisions de recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement ; que l'article 69 prévoit pour 2002 les objectifs de dépenses par branche des mêmes régimes ; que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base pour 2002 est fixé à l'article 71 ;

5. Considérant que les auteurs des deux saisines contestent le réalisme des prévisions d'évolution de la masse salariale et de croissance du produit intérieur brut sur lesquelles se fondent les prévisions de recettes figurant à l'article 16 ; que les députés requérants invoquent le rapport présenté lors de la réunion du 20 septembre 2001 de la commission des comptes de la sécurité sociale, aux termes duquel « l'hypothèse retenue en matière de dépenses d'assurance maladie est particulièrement ambitieuse » et selon lequel la réalisation de l'objectif fixé pour 2002 « supposerait un freinage considérable par rapport à la tendance moyenne des deux dernières années », alors que, pour les sénateurs requérants, la loi déferée ne comprendrait « aucun dispositif permettant d'espérer un ralentissement des dépenses d'assurance maladie » ; que, pour les sénateurs requérants, au vu des prévisions et des réalisations des années précédentes, l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2002 aurait été surestimé ; que, dès lors, les objectifs fixés aux articles 69 et 71 seraient entachés d'une « erreur manifeste d'appréciation » ;

**6. Considérant qu'il ne ressort pas des éléments fournis au Conseil constitutionnel que les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses, présentés pour 2002, soient entachés d'une erreur manifeste, compte tenu des aléas inhérents à leur évaluation et des incertitudes particulières relatives à l'évolution de l'économie en 2002 ; que, toutefois, s'il apparaissait en cours d'année que les conditions générales de l'équilibre financier des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale étaient remises en cause, il appartiendrait au Gouvernement de soumettre au Parlement les ajustements nécessaires dans une loi de financement de la sécurité sociale rectificative ou, à défaut, s'il en était encore temps, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2003 ;**

7. Considérant, en second lieu, que les députés requérants mettent en cause l'insuffisance de la part affectée au fonds de réserve des retraites par l'article 67, relatif à la répartition du produit des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15 du code de la sécurité sociale sur les revenus du patrimoine et les produits de placement ; qu'ils allèguent que ni ce relèvement, ni l'affectation nouvelle de recettes de privatisation prévue dans le cadre du projet de loi de finances pour 2002, soumis par ailleurs à l'examen du Parlement, ne suffiraient à compenser la « réduction drastique » du prix des autorisations d'établissement et d'exploitation de réseau de téléphonie mobile de troisième génération ; que, pour contester la sincérité de ces prévisions, ils font état de l'annonce par le Gouvernement de l'affectation desdites recettes de privatisation à d'autres dépenses ;

8. Considérant que les évaluations de recettes de cession d'actifs publics figurant dans le projet de loi de finances pour 2002 apparaissent suffisantes pour compenser la perte de recettes subie par le fonds de réserve des retraites du fait de la réduction du prix des autorisations susmentionnées ; que, dès lors, la répartition fixée par l'article 67 n'est pas entachée d'insincérité ;

- *Quant à la révision des prévisions pour 2001 :*

9. Considérant que les sénateurs auteurs de la seconde saisine mettent en cause la constitutionnalité du « volet rectificatif pour 2001 » figurant aux articles 17, 70 et 72 de la loi déferée, « qui évite au Gouvernement de déposer un projet de loi de financement rectificatif »

10. Considérant que le II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ne fait pas obstacle à la révision, par l'article 17 de la loi de financement pour 2002, des prévisions de

recettes pour 2001, non plus qu'à celle, par les articles 70 et 72, des objectifs de dépenses des branches et de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2001 ;

11. Considérant que les sénateurs requérants font plus particulièrement grief à l'article 17 de manquer au principe de sincérité du fait des modalités retenues pour relever, au titre de l'exercice 2001, l'évaluation du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés ;

12. Considérant que les dispositions figurant à cet effet dans la loi déferée ont pour objet de tirer les conséquences d'une mesure, figurant dans le projet de loi de finances rectificative pour 2001 actuellement examiné au Parlement, qui relève de 1,5 milliard de francs la fraction de ladite contribution affectée au budget annexe des prestations sociales agricoles en 2001 ; qu'à l'article 17, l'évaluation révisée des « impôts et taxes affectés » en 2001 est majorée en conséquence du même montant ; que le solde à reporter en 2002 est donc réduit de 1,5 milliard de francs ; que, toutefois, cette diminution du solde est partiellement compensée par une plus-value de recettes de 0,8 milliard de francs constatée en 2001 ; que, dès lors, l'article 16 réduit de 0,7 milliard de francs la rubrique « impôts et taxes affectées » pour 2002 ;

13. Considérant que la coordination ainsi opérée entre l'article 8 du projet de loi de finances rectificative pour 2001 et les articles 16 et 17 de la loi déferée ne porte pas atteinte au principe de sincérité ;

#### **- Décision n° 2001-456 DC du 27 décembre 2001**

##### **Loi de finances pour 2002**

**SUR LA SINCÉRITÉ DE LA LOI DE FINANCES :**

2. Considérant que, pour les députés auteurs de la seconde saisine, la loi de finances pour 2002 serait entachée de diverses « erreurs manifestes d'appréciation » portant atteinte au principe de sincérité budgétaire ;

3. Considérant qu'ils font valoir, en premier lieu, que le niveau des recettes fiscales serait « manifestement surévalué » du fait d'une estimation trop optimiste de la croissance économique ;

**4. Considérant qu'il ne ressort pas des éléments soumis au Conseil constitutionnel que les évaluations de recettes pour 2002 prises en compte à l'article d'équilibre soient entachées d'une erreur manifeste, compte tenu des aléas inhérents à leur évaluation et des incertitudes particulières relatives à l'évolution de l'économie en 2002 ; que, si, au cours de l'exercice 2002, les recouvrements de recettes constatés s'écartaient sensiblement des prévisions, il appartiendrait au Gouvernement de soumettre au Parlement un projet de loi de finances rectificative ;**



## A M E N D E M E N T

|   |           |
|---|-----------|
| C | Favorable |
| G | Favorable |

*présenté par*

LE GOUVERNEMENT

### ARTICLE 34 état A

I. Dans l'état A, modifier les évaluations de recettes comme suit :

« I. - BUDGET GÉNÉRAL

|            |   |                          |
|------------|---|--------------------------|
|            | A. - Recettes fiscales  |                          |
|            | 1. <i>Impôt sur le revenu</i>   |                          |
| Ligne 0001 | Impôt sur le revenu   | minorer de 440.000.000 € |
|            | 3. <i>Impôt sur les sociétés</i>  |                          |
| Ligne 0003 | Impôt sur les sociétés  | majorer de 395.000.000 € |
|            | 6. <i>Taxe sur la valeur ajoutée</i>  |                          |
| Ligne 0022 | Taxe sur la valeur ajoutée  | minorer de 300.000.000 € |
|            | B. - Recettes non fiscales  |                          |
|            | 6. <i>Recettes provenant de l'étranger</i>  |                          |
| Ligne 0699 | Recettes diverses provenant de l'étranger   | majorer de 21.634.000 €  |
|            | 8. <i>Divers</i>  |                          |
| Ligne 0805 | Recettes accidentelles à différents titres  | majorer de 266.600.000 € |
| Ligne 0807 | Reversements de la Banque française du commerce extérieur                             | majorer de 50.000.000 €  |
| Ligne 0899 | Recettes diverses   | majorer de 54.300.000 €  |
|            | C. - Prélèvements sur les recettes de l'État  |                          |
|            | 1. <i>Prélèvements sur les recettes de l'État au profit des collectivités locales</i> |                          |
| Ligne 0001 | Prélèvement sur les recettes  | majorer de 29.500.000 €  |



|            |   |                         |
|------------|---|-------------------------|
|            | de l'État au titre de la dotation globale de fonctionnement   |                         |
| Ligne 0004 | Prélèvement sur les recettes de l'État au profit du Fonds national de péréquation de la taxe professionnelle                                | majorer de 17.485.000 € |
| Ligne 0005 | Prélèvement sur les recettes de l'État au titre de la dotation de compensation de la taxe professionnelle                                   | majorer de 726.000 €    |
|            | II. - BUDGETS ANNEXES   |                         |
|            | Prestations sociales agricoles  |                         |
|            | <i>Première section - Exploitation</i>  |                         |
| Ligne 7053 | Contribution de la Caisse nationale des allocations familiales au financement des prestations familiales servies aux non-salariés agricoles | majorer de 2.000.000 €  |
|            | III. - COMPTES D'AFFECTATION SPÉCIALE   |                         |
|            | <i>Fonds national de l'eau</i>  |                         |
| Ligne 05   | Prélèvement de solidarité pour l'eau  | majorer de 20.000.000 € |

II. Le I de l'article 34 est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. Pour 2003, les ressources affectées au budget, évaluées dans l'état A annexé à la présente loi, les plafonds des charges et l'équilibre général qui en résultent, sont fixés aux montants suivants :

### OBJET

Cet amendement a pour objet :

I) de traduire dans l'article d'équilibre et dans l'état A annexé l'ensemble des incidences sur l'équilibre budgétaire des modifications intervenues au cours de la discussion de la première partie du projet de loi de finances pour 2003 qui ont pour effet :

#### A) SUR LE BUDGET GÉNÉRAL

1°) de diminuer de 40 M€ l'évaluation des recettes de l'impôt sur le revenu correspondant :

à la prise en compte du rétablissement progressif de l'abattement sur les dividendes (ame. n° 3 rect.) ;

2°) de majorer de 395 M€ l'évaluation de l'impôt sur les sociétés au titre :

de la révision du régime fiscal des sociétés d'investissements immobiliers cotées (amendement n° 11 rect.) pour un montant de 400 M€

de l'incidence du rétablissement de l'avoir fiscal sur les fondations d'utilité publique (amendement n° 44) [- 5 M€] ;

3°) de majorer de 392,5 M€ les recettes non fiscales compte tenu :

de la révision des recettes accidentelles à différents titres (ligne 805), liée à la prise en compte du reversement par un établissement financier d'avantages jugés indus par les Communautés européennes (136,6 M€) et de l'incidence de la garantie de l'État en faveur de prêts accordés

par l'Agence française de développement accordée par l'article 68*bis* du présent projet de loi (130 M€),  
de la prise en compte sur la ligne 807 d'un reversement par NATEXIS de 50 M€ en raison de l'évolution favorable des taux d'intérêt,  
de l'affectation au budget général d'une partie du prélèvement de solidarité sur l'eau pour un montant de 21,634 M€ (amendement n° 16 rect.),  
de la majoration de 54,3 M€ des recettes diverses (ligne 899) correspondant notamment à un reversement de crédits inemployés par la SOFARIS (22 M€) ;  
5°) de majorer de 47,7 M€ les prélèvements sur les recettes de l'État correspondant à :  
la majoration de la dotation de solidarité urbaine (DSU) de 23 M€ (amendement n° 17),  
la majoration de la dotation de solidarité rurale (DSR) de 6,5 M€ (amendement n° 17),  
la majoration de 18 M€ du prélèvement sur les recettes de l'État au profit du fonds national de péréquation de la taxe professionnelle (amendement n° 18)  
la majoration de 0,726 M€ du prélèvement sur les recettes de l'État au titre de la dotation de compensation de la taxe professionnelle, induite par la diminution des recettes fiscales nettes de l'État,  
une minoration de 0,515 M€ du prélèvement sur les recettes de l'État au profit du fonds national de péréquation de la taxe professionnelle ;

#### **B) SUR LES BUDGETS ANNEXES**

Au titre de la coordination avec le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, les recettes du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) sont majorées de 2 M€ (ligne 7053 : Contribution de la Caisse nationale des allocations familiales au financement des prestations familiales servies aux non-salariés agricoles) afin de prendre en compte la compensation par la Caisse nationale des allocations familiales de l'allocation forfaitaire aux familles ayant au moins trois enfants à charge et perdant le bénéfice des allocations familiales si un ou plusieurs enfants atteignent leur vingtième anniversaire.

#### **C) SUR LES COMPTES SPÉCIAUX DU TRÉSOR**

Au sein du compte n° 902-00 « Fonds national de l'eau », section B « Fonds national de solidarité pour l'eau », les recettes de la ligne 05 sont majorées de 20 M€ (amendement n° 16 rect.).

Au sein du compte de commerce n° 904-05 « Constructions navales de la marine militaire », les prévisions de dépenses et de recettes sont rétablies au niveau et selon la répartition prévus par la loi de finances initiale pour 2002.

II) de réaliser des recalages techniques sur les évaluations de recettes pour tenir compte des révisions opérées dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 2002 :

minoration de 400 M€ de l'impôt sur le revenu ;

minoration de 300 M€ de la taxe sur la valeur ajoutée.

III) de prendre en compte dans les plafonds de dépenses du tableau d'équilibre diverses modifications des dépenses qui, par coordination, donneront lieu à ouvertures de crédits au cours de la seconde partie :

la minoration de 0,211 M€ du plafond de dépenses du fonds national de péréquation,

la majoration de 2 M€ des dépenses du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA), équilibrée par une recette de même montant, au titre de la coordination avec le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003, afin de prendre en compte l'allocation forfaitaire aux familles ayant au moins trois enfants à charge et perdant le bénéfice des allocations familiales si un ou plusieurs enfants atteignent leur vingtième anniversaire,

la majoration des dépenses du compte d'affectation spéciale n° 902-00 « Fonds national de l'eau », section B « Fonds national de solidarité pour l'eau » de 20 M€, compte tenu de la majoration de même montant des recettes.

Le déficit s'établit à 44.565 millions d'euros.

## **B- Articles 49, 50 et 51 (ex 32, 33 et 34) : ONDAM**

### **- Décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 - Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001**

- SUR L'ARTICLE 55 :

45. Considérant que l'article 55 fixe à 693,3 milliards de francs pour l'année 2001 l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ; que, selon les sénateurs requérants, cette évaluation serait dépourvue de tout caractère objectif et rationnel ; que serait dès lors remis en cause le fondement constitutionnel du dispositif de régulation des dépenses de soins de ville institué par le XII de l'article 24 de la loi susvisée du 29 décembre 1999, portant loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 ;

46. **Considérant qu'il ressort des travaux parlementaires que l'objectif dont la sincérité est contestée a été déterminé en tenant compte à la fois des dépenses réelles observées en 2000 et de la progression de ces dépenses attendue pour l'année 2001 ; qu'une telle estimation n'étant entachée d'aucune erreur manifeste, le grief doit être rejeté ;**

### **- Sénat – 1<sup>ère</sup> lecture – Rapport – 58 tome 1**

DEUXIÈME PARTIE - ASSURANCE MALADIE

I. L'ASSURANCE MALADIE : MAÎTRISER ET MÉDICALISER

(...)

B. UN ONDAM RÉALISTE ET CRÉDIBLE EN 2003

1. Un ONDAM en progression de 5,3 %.

L'article 33 du projet de loi fixe un objectif de dépenses de la branche maladie de 136,33 milliards d'euros.

L'hypothèse retenue par le Gouvernement dans l'article 32 est celle d'un montant d'un ONDAM, net de la contribution conventionnelle de l'industrie pharmaceutique, de 123,5 milliards d'euros, en droits constatés.

Ceci correspond à une augmentation de 5,3 % des dépenses par rapport aux prévisions actuelles pour l'ONDAM 2002 auxquelles sont ajoutés 580 millions d'euros de dépenses transférées sur l'ONDAM à partir de 2003.

|   | Milliards d'euros |
|---|-------------------|
| Prévision ONDAM 2002                    | 116,7             |
| Transferts vers l'ONDAM en 2003         | 0,6               |
| Base 2002 intégrant les transferts 2003 | 117,3             |
| ONDAM 2003 avec croissance de 5,3 %     | 123,5             |

Pour la première fois, l'ONDAM retenu apparaît donc crédible et réaliste. C'est un choix assumé par le Gouvernement. Les ONDAM trop restrictifs votés les années précédentes ont eu pour effet de démotiver les professionnels de santé et de décrédibiliser l'outil que l'ONDAM était censé constituer, chacun ayant pleinement conscience du fait qu'ils ne pouvaient mécaniquement pas être respectés.

Comme l'avait souligné la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2001, « *une régulation ne peut être crédible et donc efficace que si elle s'appuie sur des objectifs fixés de manière réaliste.* »

L'élargissement en 2003 du champ de l'ONDAM de 580 millions d'euros (soit environ 0,5 %) comprend 400 millions d'euros de transferts de l'Etat vers l'assurance maladie, notamment le transfert, pour 300 millions d'euros, des crédits de remplacement prévus par le protocole hospitalier signé le 14 mars 2000 (300 millions d'euros).

Ce protocole prévoyait, au titre des années 2000 et suivantes, des crédits budgétaires à hauteur de 2 milliards de francs chaque année pour financer les remplacements de personnels dans les établissements de santé.

Cette somme n'a jamais été inscrite dans les projets de loi de finances initiale et figurait traditionnellement dans les collectifs de fin d'année, ce qui générait des difficultés de trésorerie importantes pour les établissements hospitaliers.

Votre rapporteur approuve la décision du Gouvernement de pérenniser ces crédits en les inscrivant dans l'enveloppe hospitalière, au sein de l'ONDAM. Ce retour à l'orthodoxie budgétaire -rien ne justifiait en effet que des crédits de remplacement de personnels hospitaliers figurent en loi de finances- est un pas significatif vers une plus grande sincérité des comptes sociaux.

Les transferts de l'Etat vers l'assurance maladie comprennent en outre :

- le financement des *centres de soins spécialisés aux toxicomanes* (CSST) (107,5 millions d'euros) ;
- la prise en charge des dépenses afférentes à l'interruption volontaire de grossesse (24,7 millions d'euros).

En sens inverse, est transféré vers l'Etat le coût des stages de résidanat chez les médecins généralistes agréés, pour 40 millions d'euros.

Par ailleurs, 180 millions d'euros correspondant au financement de mesures salariales dans les cliniques privées, qui sont en 2001 et 2002 à la charge du *fonds de modernisation des cliniques privées* (FMCP), sont transférés sur l'ONDAM en 2003.

Compte tenu de ces transferts de dépenses, les charges maladie du régime général dans le champ de l'ONDAM augmenteraient de 5,8 % par rapport à 2002 (+ 6,8 milliards d'euros).

La progression des différentes enveloppes serait la suivante :

- + 5,6 % pour la médecine de ville ;
- + 5,0 % pour l'hôpital ;
- + 6,0 % pour les établissements médico-sociaux ;
- + 4,0 % pour les cliniques privées.

Le taux d'augmentation de 5,3 % retenu par le Gouvernement pour l'ONDAM 2003 est voisin de ceux constatés en 2000 et 2001 (5,6 % pour les deux années), mais sensiblement inférieur à celui de 2002 (7,2 %).

Selon toute vraisemblance, les dépenses de soins de ville devraient rester dynamiques. Le volume de leur consommation augmenterait moins rapidement qu'en 2002, mais les hausses tarifaires du premier semestre 2002 joueront « en année pleine » en 2003. L'incertitude demeure toutefois importante, l'effet éventuel des revalorisations de tarifs sur les volumes étant difficile à estimer.

Les dépenses en établissement devraient, comme en 2002, croître sous l'effet de la poursuite des effets du passage aux 35 heures.

La réduction de l'écart d'évolution entre les produits et les charges est cependant insuffisante pour stopper la dégradation du solde de la branche. Sous l'hypothèse d'un ONDAM en progression de 5,3 %, le solde prévisionnel de la CNAMTS en 2003 se détériorerait encore de 2 milliards d'euros pour atteindre 8,0 milliards d'euros.

Les différentes mesures contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 devraient toutefois limiter ce déficit à 6,9 milliards d'euros :

- remboursement de la dette du FOREC (+ 533 millions d'euros<sup>24</sup>) ;
- attribution de la part des droits tabac à la CNAMTS (+ 700 millions d'euros)
- transfert de compensation de la branche accidents du travail (+ 330 millions d'euros) ;
- dotation au Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMES) (- 387 millions d'euros) ;
- dotation à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des infections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) (- 70 millions d'euros).

### **- AN – 1<sup>ère</sup> lecture – Rapport – 330 tome 1**

**M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées**, a tout d'abord indiqué que la philosophie du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 repose sur la confiance et la responsabilité. Ce projet traduit un net changement dans la façon de concevoir la politique de santé et de sécurité sociale dans notre pays. La situation actuelle se caractérise par de nombreux éléments de crise :

- le paritarisme est remis en question, suite au départ du Mouvement des entreprises de France (MEDEF) des conseils d'administration des caisses. En outre, à force d'imbrication des rôles entre l'Etat et les partenaires sociaux et de l'enchevêtrement des circuits financiers, le découragement s'est installé ;
- les médecins sont désenchantés. Il en est de même pour les établissements de santé, découragés par les contraintes administratives qui sont devenues un véritable carcan ;
- enfin, les outils de régulation ont perdu une large partie de leur crédibilité. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est devenu une enveloppe arbitraire et irréaliste, à l'origine d'une maîtrise comptable non seulement inefficace mais aussi totalement incomprise par les professionnels et les patients.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est un projet de changement car il rompt clairement aussi bien avec les méthodes qu'avec les orientations qui ont prévalu ces dernières années et qui ont conduit au malaise actuel. L'action du gouvernement est guidée par plusieurs principes : le principe d'humanité, qui doit conduire à donner à la santé la place qui lui revient dans notre société, le principe de réalité qui conduit à sortir de l'illusion comptable, des prévisions irréalistes et des circuits financiers incompréhensibles pour les citoyens : ce projet de loi de financement est un projet de transparence et de crédibilité ; enfin, le principe de la responsabilité partagée dans un système aussi complexe que notre système de santé et d'assurance maladie, chacun doit assumer son rôle.

L'équilibre financier du projet de loi marie pragmatisme et vérité. En effet, la situation prévue en 2002 et 2003 s'est considérablement dégradée.

En 2002, le solde du régime général se dégradera de plus de 4 milliards d'euros par rapport à 2001, car les dépenses augmentent à hauteur de 10 milliards d'euros, deux fois plus vite que les recettes qui devraient augmenter de 5,4 milliards. Au total, le régime général devrait, en définitive, être en déficit de 3,3 milliards d'euros en 2002. Encore ces chiffres bénéficient-ils du départ à la retraite des « classes creuses », nées pendant la seconde guerre mondiale, ce qui permet aux régimes de retraite d'afficher temporairement des excédents. Mais, il faut tenir compte de la rapide dégradation des comptes prévue à partir de 2005-2006 du fait du « papy-

boom ». Dans cette évolution, l'assurance maladie est prépondérante : avec un taux d'augmentation qui devrait être, pour 2002, de 7,2 %, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) augmente bien au-delà des 4 % votés, qui n'étaient pas crédibles. Par rapport aux taux d'évolution constatés en 2000 et 2001, proches de 5,6 %, cette envolée des dépenses en 2002 tient beaucoup à la mise en place de la réduction du temps de travail à l'hôpital, qui n'était pas entièrement financée dans l'ONDAM. Pour 2003, si l'on continuait sur la même tendance, le déficit de l'assurance maladie atteindrait 10 milliards d'euros et celui du régime général dépasserait 6 milliards d'euros. Cette évolution n'est pas soutenable. Elle nous ramènerait aux pires années du régime général en 1992-1993. Un ONDAM « vérité » fixé à 5,3 % en 2003 est donc souhaitable. Ce taux relève en effet complètement des principes nouveaux mis en œuvre : réalisme, crédibilité et responsabilité partagée.

Il est impossible d'occulter le caractère structurel de la croissance des dépenses de santé. Les taux d'évolution des dépenses dans les pays de l'OCDE sont proches du nôtre. En 2000, par exemple, les dépenses de santé ont augmenté de plus de 7 % au Royaume Uni, en Italie, en Espagne et au Canada, de 6,5 % aux Etats-Unis, alors qu'en France, le taux de croissance était limité à 5,5 %. En second lieu, l'ONDAM doit être crédible. L'ONDAM a été systématiquement dépassé au cours des dernières années - à l'exception de 1997 - pour atteindre 9 milliards d'euros cumulés en quatre ans. Enfin, la responsabilité partagée reposera sur plusieurs mesures d'économie, tel le déremboursement de certains médicaments.

Plus globalement, au demeurant, le gouvernement s'engage à présenter au printemps un projet de loi de financement rectificatif, un « collectif sanitaire et social », en cas d'écart significatif constaté entre l'évolution réelle des différents agrégats de dépenses et de recettes et les objectifs fixés.

L'équilibre financier du projet de loi en 2003 est fondé sur la clarification et la transparence. Le gouvernement fait un pas important dans le sens de la clarification des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale. Toutefois, le caractère extrêmement complexe et opaque des circuits de financement actuels ne pourra être clarifié que progressivement, étant donné les contraintes qui pèsent sur nos finances publiques. Ainsi, une suppression pure et simple du Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) ne serait pas raisonnable dans l'immédiat. Compte tenu de l'ancienneté du dispositif, des sommes engagées, des transferts complexes, du contexte économique et du court délai, cette mesure pourtant souhaitable ne pouvait apporter, dans la précipitation, les garanties nécessaires pour l'autonomie de la sécurité sociale et les exigences des partenaires sociaux.

Néanmoins, la réforme est suffisamment engagée pour indiquer clairement les orientations et les choix autour de trois volets essentiels :

- d'abord, l'engagement de l'Etat de compenser intégralement les nouveaux allègements de charges, soit un milliard d'euros en 2003, dont 660 millions grâce à la taxe sur les conventions d'assurance transférée depuis le budget de l'Etat et 300 millions de droits tabacs supplémentaires ;

- ensuite, le principe d'une réaffectation à la sécurité sociale d'une partie des recettes utilisées pour le financement du FOREC. La modification de la clef de répartition des droits tabacs entre le FOREC et la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM) apportera à l'assurance maladie 700 millions d'euros et permettra de revenir à la clef de partage prévalant avant la création du FOREC, entre 15 % et 16 %, contre 8,9 % en 2002 ;

- enfin, le remboursement de la moitié de la dette passée au titre des allègements de charges. C'est ainsi qu'1,2 milliard d'euros sera remboursé par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) au régime général, sans allonger ni la durée de vie de la CADES, ni le niveau de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

A la suite de l'ensemble de ces mesures, le déficit du régime général devrait donc atteindre 3,9 milliards d'euros en 2003 et celui de la branche maladie 7 milliards d'euros. La situation est donc loin d'être stabilisée, mais elle est significativement améliorée. Le redressement devra donc se poursuivre au cours des prochaines années.

S'agissant des mesures pour la santé et l'assurance maladie, le projet de loi de financement traduit les grandes priorités du gouvernement : la santé publique, la nouvelle gouvernance de l'assurance maladie et l'excellence des soins. Il traduit aussi la philosophie de la réforme fondée sur la confiance et la responsabilité partagée entre les partenaires que sont l'Etat, les gestionnaires, les professionnels de santé et les patients.

La responsabilité de l'Etat se mesure à la priorité accordée à la santé publique. Dans notre pays, la santé publique a toujours été mal comprise et mal aimée. Nous en payons un prix élevé en termes de mortalité précoce et de gaspillages. La santé publique sera donc un objectif prioritaire. Le gouvernement déposera en 2003 un projet de loi de programmation quinquennale de santé publique. La prévention en constituera l'un des fondements. C'est le sens de la hausse des droits sur les tabacs, à hauteur d'un milliard d'euros de recettes supplémentaires, qui devrait permettre de diminuer sensiblement la consommation de tabac en France.

Dans le même esprit, le débat sur la politique de santé doit relever d'une approche plus médicale et moins comptable. Les dépenses d'assurance maladie doivent être fondées sur l'évolution de l'activité de soins. Un groupe de travail constitué au sein de la Commission des comptes de la sécurité sociale remettra ses conclusions à ce sujet au premier trimestre 2003. Déjà cette année, l'élaboration des annexes du projet de loi de financement intègre cette approche médicalisée.

Il convient également de clarifier les missions des gestionnaires de l'assurance maladie par la recherche d'une nouvelle gouvernance de l'assurance maladie. Un groupe de travail constitué au sein de la Commission des comptes de la sécurité sociale est chargé d'établir un état des lieux. Sur cette base, l'ensemble des acteurs sera invité à faire des propositions à partir desquelles le gouvernement élaborera un projet de réforme.

Le présent projet de loi de financement contient une série de mesures qui rompent avec la politique suivie jusqu'à présent, notamment la suppression de la maîtrise comptable, celle des comités médicaux régionaux et l'évolution des missions du service médical des caisses, afin que soit marquée la priorité du dialogue entre les professionnels et les organismes de sécurité sociale. Un avenant à la convention d'objectifs et de gestion qui lie l'Etat et la CNAM est en cours de négociation, dans le but de réorienter l'action de l'assurance maladie.

Concernant les établissements de santé, trois mesures importantes annoncent le plan « Hôpital 2007 ». Elles vont dans le sens d'une plus grande souplesse et d'une plus grande responsabilité des acteurs hospitaliers, et visent à répondre à la grave crise que traverse le monde hospitalier malgré les efforts innombrables accomplis par le personnel des hôpitaux. Les établissements hospitaliers vont passer à la tarification à l'activité. Des expérimentations seront réalisées dans des établissements volontaires en 2003 et ce mode de financement sera généralisé en 2004.

Une mission permanente d'audit et d'expertise hospitalière réalisera des référentiels de bonnes pratiques et de bonne gestion. Enfin, l'investissement à l'hôpital sera relancé afin de moderniser les établissements et leur permettre de s'adapter aux contraintes de sécurité sanitaire et à la recomposition de l'offre hospitalière. En 2003, une première tranche d'investissement d'un milliard d'euros est prévue.

Pour ce qui concerne la médecine de ville, les professionnels doivent s'engager dans les processus de formation médicale continue, d'évaluation et de coordination des soins. Outre le renouveau du dialogue entre les professionnels de santé et les services médicaux des caisses, plusieurs mesures importantes devront concourir à l'objectif d'excellence qui s'impose aux professionnels de santé. La promotion de l'évaluation passe par le financement des actions d'évaluation proposées par les unions régionales de médecins libéraux et la suppression du mécanisme d'incitation à la cessation d'activité (MICA), en raison de la baisse de la démographie médicale. A l'inverse, la reprise d'une activité complémentaire sera facilitée pour les médecins et les infirmières en retraite, notamment dans les zones rurales.

Dans le domaine du médicament, une nouvelle politique moderne et équilibrée sera mise en œuvre. Elle repose sur un partenariat étroit entre l'Etat et l'industrie pharmaceutique, qui se traduira dans un nouvel accord sectoriel.

Une augmentation de 200 millions d'euros des moyens des établissements hospitaliers pour l'achat des médicaments innovants est prévue. Elle sera accompagnée d'une amélioration des procédures d'achat des médicaments par les hôpitaux et de la mise en place d'une procédure visant à permettre l'accès au remboursement en ville en quelques semaines pour les médicaments jugés les plus innovants. Des forfaits de remboursement pour les médicaments appartenant à des groupes génériques seront établis.

Enfin, il est nécessaire de tirer toutes les conséquences de la réévaluation du service médical rendu par les médicaments, voulue par le gouvernement précédent. Le principe en est arrêté. La mise en œuvre de cette décision sera entourée de toutes les garanties de procédure et d'impartialité. Il n'y a pas de liste préétablie. La procédure sera échelonnée sur trois ans, afin de permettre aux patients et aux médecins de modifier leurs comportements et aux industriels d'adapter graduellement leurs stratégies. Cette mesure repose sur le souci de la santé publique au regard de produits anciens peu efficaces et parfois déconseillés et celui d'une solidarité plus adaptée. Les patients ont déjà été sollicités avec l'accord conventionnel sur les visites à domicile non justifiées. Ils le sont aussi avec l'instauration, prévue dans le présent projet, du forfait de remboursement des médicaments appartenant à des groupes génériques. Demain, d'autres mesures de responsabilisation devront être instaurées, tel le dossier médical partagé.

Le handicap, enfin, constitue l'un des trois grands chantiers du quinquennat que le Président de la République a lancés le 14 juillet 2002. L'objectif d'une politique du handicap est de permettre aux personnes handicapées de choisir dans toute la mesure du possible leur mode de vie et de participer à la vie en société. Or, actuellement, certaines personnes handicapées qui souhaiteraient séjourner en établissement vivent à domicile par manque de places. D'autres sont obligées d'aller à l'étranger, notamment en Belgique. En 2003, le nombre de places en établissements sera accru fortement pour diminuer les listes d'attente actuelles.

Pour ce qui concerne la médicalisation des établissements pour personnes âgées dépendantes, la réforme actuellement en cours piétine. Le calendrier doit donc être allongé jusqu'en 2006, et le dispositif doit être simplifié.

En ce qui concerne les accidents du travail, l'objectif est, dans la continuité de la loi du 25 juillet 1994, de rendre la branche accidents du travail et maladies professionnelles plus autonome. Cette branche sera donc dotée dès 2003 d'une convention d'objectifs et de gestion et d'un conseil de surveillance spécifiques. Le mode de désignation des membres de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles sera, par ailleurs, harmonisé avec celui des membres du conseil d'administration de la CNAM : ils seront désormais nommés directement par les partenaires sociaux. Enfin, l'indemnisation des victimes de l'amiante fait partie des priorités du gouvernement qui a souhaité, dès son entrée en fonctions, que les mécanismes de réparation du préjudice subi par les personnes souffrant d'une affection liée à l'amiante soient rapidement mis en place. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante a défini les montants des acomptes en juin 2002 ; le barème de l'indemnisation définitive sera prochainement établi.

La situation financière de la branche vieillesse est paradoxale. Elle est excédentaire, mais dans moins de cinq ans, elle devra supporter le « papy-boom ». Dans ces conditions, conformément aux engagements du gouvernement, le ministre des affaires sociales, du travail et de la solidarité engagera au début de l'année prochaine une concertation. Pour 2003, la revalorisation des pensions permettra d'assurer le maintien du pouvoir d'achat des retraités. Elle sera alignée sur l'inflation prévue, soit 1,5 %. Tout effort supplémentaire présumerait de l'équilibre actuel et futur de la branche.

En conclusion, **M. Jean-François Mattei** a considéré que la sauvegarde de notre sécurité sociale appelle une modernisation de son organisation et de ses structures afin de l'adapter à son nouvel environnement. Le chemin tracé par le gouvernement est clair. C'est dans la durée, dans la concertation et le respect du dialogue social que les réformes seront menées



## II - Dispositions contestées

### A – Article 13 (ex 4bis) : Taxation des bières fortes

#### - Code général des impôts :

#### Article 520 A

Livre premier : Assiette et liquidation de l'impôt.  
Première Partie : Impôts d'Etat.  
Titre III : Contributions indirectes et taxes diverses.  
Chapitre premier : Boissons.  
Section VI : Bières et boissons non alcoolisées.

*(Loi n° 80-1094 du 30 décembre 1980 art. 3 III al. 3, al. 4, art. 13 IV 3, JO du 31 décembre 1980 en vigueur 1 JANVIER 1981)*  
*(Loi n° 81-1160 du 30 décembre 1981 art. 38 IV 3 finances pour 1982 JO du 31 décembre 1981 date d'entrée en vigueur 1 JANVIER 1982)*  
*(Loi n° 92-677 du 17 juillet 1992 art. 118 IV Journal Officiel du 19 juillet 1992 art. 121 : en vigueur le 1er janvier 1993)*  
*(Décision n° du Conseil Constitutionnel 92-172L du 29 décembre 1992))*  
*(Loi n° 92-1376 du 30 décembre 1992 art. 45 I II Journal Officiel du 31 décembre 1992 Finances pour 1993)*  
*(Décret n° 92-1431 du 30 décembre 1992 art. 1 à 6 Journal Officiel du 31 décembre 1992)*  
*(Décret n° 93-309 Décret 93-309 du 9 mars 1993 art. 7 1° et 22 Journal Officiel du 11 mars 1993 en vigueur le 1er janvier 1993)*  
*(Loi n° 93-1353 du 30 décembre 1993 art. 24 finances rectificative pour 1993 Journal Officiel du 31 décembre 1993)*  
*(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 art. 28 II III Journal Officiel du 29 décembre 1996)*  
*(Loi n° 99-1173 du 30 décembre 1999 art. 18 finances rectificative pour 1999 Journal Officiel du 31 décembre 1999)*  
*(Ordonnance n° 2001-766 du 29 août 2001 art. 15 IX Journal Officiel du 31 août 2001)*  
*(Ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 art. 7 Journal Officiel du 22 septembre 2000 en vigueur le 1er janvier 2002)*  
*(Loi n° 2001-1276 du 28 décembre 2001 art. 60 b finances rectificative pour 2001 Journal Officiel du 29 décembre 2001)*

#### I. Il est perçu un droit spécifique :

##### a) Sur les bières, dont le taux, par hectolitre, est fixé à :

1,30 euro par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique n'excède pas 2,8 p. 100 vol.;

2,60 euros par degré alcoométrique pour les autres bières ;

Dans les dispositions du présent code relatives aux contributions indirectes, sont compris sous la dénomination de bière, tout produit relevant du code NC 2203 du tarif des douanes ainsi que tout produit contenant un mélange de bière et de boissons non alcooliques relevant du code NC 2206 du tarif des douanes et ayant dans l'un ou l'autre cas un titre alcoométrique acquis supérieur à 0,5 % vol. ;

##### b) Sur les boissons non alcoolisées énumérées ci-après dont le tarif, par hectolitre, est fixé à :

0,54 euro pour les eaux minérales naturelles ou artificielles, eaux de source et autres eaux potables, eaux de laboratoire filtrées, stérilisées ou pasteurisées, ainsi que pour les boissons gazeuses ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 p. 100 vol. d'alcool, livrées à titre onéreux ou gratuit en fûts, bouteilles ou boîtes, à l'exception des sirops et des jus de fruits et de légumes et des nectars de fruits.

II. Pour les eaux et boissons mentionnées au b du I, le droit est dû par les fabricants, les exploitants de sources, les importateurs et les personnes qui réalisent des acquisitions intracommunautaires sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit sur le marché intérieur, y compris la Corse et les départements d'outre-mer.

Le droit est liquidé lors du dépôt, au service de l'administration dont dépend le redevable, du relevé des quantités livrées au cours du mois précédent. Ce relevé doit être déposé et l'impôt acquitté avant le 25 de chaque mois (1).

III. Les modalités d'application des dispositions qui précèdent seront, en tant que de besoin, fixées par décret.

(1) Voir l'article 350 decies de l'annexe III.

**- Décision n° 90-283 DC du 8 janvier 1991 :**

**Loi relative à la lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme**

7. Considérant que les finalités et les conditions d'exercice du droit de propriété ont subi depuis 1789 une évolution caractérisée par une extension de son champ d'application à des domaines nouveaux ; que parmi ces derniers figure le droit pour le propriétaire d'une marque de fabrique, de commerce ou de service, d'utiliser celle-ci et de la protéger dans le cadre défini par la loi et les engagements internationaux de la France ;

**8. Considérant que l'évolution qu'a connue le droit de propriété s'est également caractérisée par des limitations à son exercice exigées au nom de l'intérêt général ; que sont notamment visées de ce chef les mesures destinées à garantir à tous, conformément au onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, "la protection de la santé" ;**

9. Considérant que le droit de propriété d'une marque régulièrement déposée n'est pas affecté dans son existence par les dispositions de l'article 3 de la loi ; que celles-ci ne procèdent en rien à un transfert de propriété qui entrerait dans le champ des prévisions de l'article 17 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ;

10. Considérant sans doute, que la prohibition de la publicité et de la propagande en faveur du tabac est susceptible d'affecter dans son exercice le droit de propriété d'une marque concernant le tabac ou des produits du tabac ;

11. Mais considérant que ces dispositions trouvent leur fondement dans le principe constitutionnel de protection de la santé publique ; qu'au demeurant, la loi réserve la possibilité de faire de la publicité à l'intérieur des débits de tabac ; que l'interdiction édictée par l'article 3 de la loi déferée ne produira tous ses effets qu'à compter du 1er janvier 1993 ;

12. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que la limitation apportée par l'article 3 à certaines modalités d'exercice du droit de propriété n'est pas contraire à la Constitution ;

**- Décision n° 2000-441 DC du 28 décembre 2000 :**

**Loi de finances rectificative pour 2000**

- SUR L'ARTICLE 35 :

23. Considérant que le I de l'article 35 de la loi déferée modifie l'article 302 bis ZD du code général des impôts ; qu'il relève les limites de taux de la taxe sur les achats de viande et son seuil d'exonération ; qu'il étend cette taxe aux achats d'" autres produits à base de viande " ; que le II affecte le produit de la taxe au budget général à compter du 1er janvier 2001 ;

24. Considérant que les sénateurs requérants soutiennent que cet article méconnaîtrait à plusieurs titres le principe d'égalité devant l'impôt ; qu'en taxant " essentiellement les moyennes et grandes surfaces de distribution ", il créerait une discrimination injustifiée au regard de la destination de cette taxe ; qu'en outre, le taux de celle-ci serait confiscatoire en raison du niveau de marge des redevables ; que le critère d'assujettissement en fonction du chiffre d'affaire global serait non pertinent et " étranger à la capacité contributive " des intéressés ;

25. Considérant, par ailleurs, que, selon les requérants, les produits " à base de viande " n'étant pas définis avec précision, l'article serait entaché d'incompétence négative ;

**26. Considérant que le principe d'égalité ne s'oppose ni à ce que le législateur règle de façon différente des situations différentes ni à ce qu'il déroge à l'égalité pour des raisons d'intérêt général pourvu que, dans l'un et l'autre cas, la différence de traitement qui en résulte soit en rapport direct avec l'objet de la loi qui l'établit ;**

27. Considérant, en premier lieu, qu'à compter du 1er janvier 2001, le produit de la taxe sur les achats de viande ne sera plus affecté au financement du service public de l'équarrissage, mais constituera une recette du budget général de l'Etat ; que sont dès lors inopérants les griefs tirés de ce que l'affectation de la taxe sur les achats de viande commanderait d'y soumettre les distributeurs de viande à raison des quantités vendues ;

28. Considérant, en deuxième lieu, que les limites supérieures des taux d'imposition déterminées par le législateur n'ont pas un caractère confiscatoire ;

29. Considérant, en troisième lieu, que la taxe en cause restera assise non sur le chiffre d'affaires des distributeurs, mais sur le montant de leurs achats ; que le législateur a entendu, en fixant le nouveau seuil d'exonération, simplifier les démarches et obligations des entreprises ; que la loi a pu, sans méconnaître le principe d'égalité, prévoir de n'assujettir au paiement de la taxe que les personnes réalisant un chiffre d'affaires supérieur au seuil qu'elle a fixé ;

30. Considérant, en dernier lieu, que les " autres produits à base de viande " sont précisément définis par la directive susvisée du 10 février 1992, définition à laquelle le législateur s'est référé ; qu'ainsi, manque en fait le grief tiré de ce que le législateur serait resté en-deçà de sa compétence en ne définissant pas ces produits avec une précision suffisante ;

31. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que doivent être rejetés les griefs soulevés à l'encontre de l'article 35 ;

- SUR L'ARTICLE 37 :

32. Considérant que le I de l'article 37 de la loi déferée étend la taxe générale sur les activités polluantes instituée à l'article 266 sexies du code des douanes à l'électricité et aux produits énergétiques fossiles ; qu'il fixe l'assiette, le barème, les cas d'exonération et les modalités de recouvrement de cette taxe ;

33. Considérant que les deux saisines font notamment grief à ces dispositions de porter atteinte à divers titres au principe d'égalité devant l'impôt ;

**34. Considérant que, conformément à l'article 34 de la Constitution, il appartient au législateur de déterminer, dans le respect des principes constitutionnels et compte tenu des caractéristiques de chaque impôt, les règles selon lesquelles doivent être assujettis les contribuables ; que le principe d'égalité ne fait pas obstacle à ce que soient établies des impositions spécifiques ayant pour objet d'inciter les redevables à adopter des comportements conformes à des objectifs d'intérêt général, pourvu que les règles qu'il fixe à cet effet soient justifiées au regard desdits objectifs ;**

35. Considérant qu'il ressort tant de l'exposé des motifs de la loi déferée que des débats parlementaires à l'issue desquels a été adopté l'article 37 que l'objectif de la mesure est, dans le cadre des engagements internationaux de la France, de renforcer la lutte contre l'" effet de serre " en incitant les entreprises à maîtriser leur consommation de produits énergétiques ; que c'est en fonction de l'adéquation des dispositions critiquées à cet objectif d'intérêt général qu'il convient de répondre aux griefs tirés de la rupture de l'égalité devant l'impôt ;

36. Considérant, d'une part, que les modalités de calcul de la taxe arrêtées par l'article 37 pourraient conduire à ce qu'une entreprise soit taxée plus fortement qu'une entreprise analogue, alors même qu'elle aurait contribué de façon moindre au rejet de gaz carbonique dans l'atmosphère ;

37. Considérant, d'autre part, qu'il est prévu de soumettre l'électricité à la taxe, alors pourtant qu'en raison de la nature des sources de production de l'électricité en France, la consommation d'électricité contribue très faiblement au rejet de gaz carbonique et permet, par substitution à celle des produits énergétiques fossiles, de lutter contre l'" effet de serre " ;

38. Considérant, dans ces conditions, que les différences de traitement qui résulteraient de l'application de la loi ne sont pas en rapport avec l'objectif que s'est assigné le législateur ; que les dispositions en cause sont dès lors contraires au principe d'égalité devant l'impôt ; que les autres dispositions du I en sont inséparables ; qu'il y a lieu, par suite, de déclarer le I de l'article 37 contraire à la Constitution et, par voie de conséquence, ses II et III ;

**- Décision n° 2000-442 DC du 28 décembre 2000 -**

**Loi de finances pour 2001**

4. Considérant qu'aux termes de l'article 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : " 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 " ; que, conformément à l'article 34 de la Constitution, il appartient au législateur de déterminer, dans le respect des principes constitutionnels et compte tenu des caractéristiques de chaque impôt, les règles selon lesquelles doivent être appréciées les facultés contributives ; que cette appréciation ne doit cependant pas entraîner de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques ; que, par ailleurs, le principe d'égalité ne fait pas obstacle à ce que le législateur édicte pour des motifs d'intérêt général des mesures d'incitation par l'octroi d'avantages fiscaux ;

5. Considérant qu'en instituant un abattement sur certains revenus de capitaux mobiliers, en particulier ceux correspondant à des dividendes d'actions émises en France, le législateur a principalement entendu encourager l'acquisition de valeurs mobilières par de nouveaux épargnants ; qu'il lui était loisible, au regard de cet objectif, de supprimer cet avantage fiscal pour les contribuables dont le revenu net imposable excède le montant mentionné à la dernière tranche du barème de l'impôt sur le revenu ; que, loin de méconnaître l'article 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789, une telle limitation du champ d'application des abattements en cause permet de mieux prendre en compte les facultés contributives des redevables concernés ; que, par suite, l'article 3, dont les effets de seuil ne sont pas excessifs, est conforme à la Constitution ;

**- Décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001 -**

**Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002**

**46. Considérant qu'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 et compte tenu des caractéristiques de l'imposition en cause ; qu'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 ;**

47. Considérant que la disposition contestée modifie les taux des trois tranches supérieures de la contribution en cause en les faisant passer respectivement de 15, 18 et 21 % à 17, 25 et 31 % ; que le choix de tels taux satisfait à l'exigence d'objectivité et de rationalité au regard du double objectif que s'est assigné le législateur ; qu'il n'implique, contrairement à ce qui est allégué, aucun effet de seuil ; qu'il ne porte pas atteinte au « droit d'obtenir un emploi » mentionné au cinquième alinéa du Préambule de 1946 et n'est entaché d'aucune erreur manifeste d'appréciation ; qu'en outre, eu égard notamment à la circonstance que sont exonérées de cette contribution, en application de l'article L. 245-4 du code de la sécurité sociale, les entreprises dont le chiffre d'affaires est inférieur à cent millions de francs, l'article 20 ne crée aucune rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques ;

48. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'article 20 de la loi déferée n'est pas contraire à la Constitution ;

## **B – Article 43 (ex 27) : Tarif de responsabilité des médicaments**

### **- Modifications introduites par l'article 43 (ex 27) de la LFSS pour 2003**

#### Légende :

~~Texte barré~~ : Disposition supprimée

**Texte en gras** : disposition nouvelle

### **Code de la sécurité sociale**

Livre 1 : Généralités

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

Section 4 : Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques

#### **Article L 162-16**

*(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 29 IV Journal Officiel du 27 décembre 1998)*

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 39 I 3° Journal Officiel du 28 juillet 1999)*

*(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 19 II, art. 40 II a Journal Officiel du 26 décembre 2001)*

(1) Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 593 du code de la santé publique.

**Pour les médicaments figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, la base de remboursement des frais exposés par les assurés peut être limitée à un tarif forfaitaire de responsabilité arrêté par les ministres de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3 du présent code.**

**Lorsque le tarif forfaitaire s'applique, le plafond mentionné à l'article L. 138-9 est fixé à 2,5 % du prix des médicaments.**

**Les dispositions du cinquième alinéa du présent article ne s'appliquent pas aux médicaments remboursés sur la base d'un tarif forfaitaire.**

(2) Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, **la délivrance de cette spécialité ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe** ~~l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.~~

(3) Lorsque le pharmacien d'officine délivre, en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à **la dépense qu'aurait entraînée la délivrance de la spécialité générique la plus chère du même groupe** ~~un montant ou à un pourcentage déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A~~

défaut, ce montant ou ce pourcentage est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.

**(4) En cas d'inobservation des dispositions des cinquième et sixième alinéas, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée aux cinquième et sixième alinéas, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget**

~~En cas d'inobservation des dispositions des deuxième et troisième alinéas du présent article, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée au troisième alinéa du présent article ou à l'écart de prix mentionné au deuxième alinéa du présent article, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire défini par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.~~

(5) Pour son recouvrement, ce versement est assimilé à une cotisation de sécurité sociale.

## **Code de la santé publique**

Cinquième partie : Produits de santé  
Livre 1 : Produits pharmaceutiques  
Titre 2 : Médicaments à usage humain  
Chapitre 1 : Dispositions générales

### **Article L5121-1**

On entend par :

1° Préparation magistrale, tout médicament préparé extemporanément en pharmacie selon une prescription destinée à un malade déterminé ;

2° Préparation hospitalière, tout médicament, à l'exception des produits de thérapies génique ou cellulaire, préparé selon les indications de la pharmacopée et en conformité avec les bonnes pratiques mentionnées à l'article L. 5121-5, en raison de l'absence de spécialité pharmaceutique disponible ou adaptée dans une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé, ou dans l'établissement pharmaceutique de cet établissement de santé autorisé en application de l'article L. 5124-9. Les préparations hospitalières sont dispensées sur prescription médicale à un ou plusieurs patients par une pharmacie à usage intérieur dudit établissement. Elles font l'objet d'une déclaration auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé ;

3° Préparation officinale, tout médicament préparé en pharmacie selon les indications de la pharmacopée et destiné à être dispensé directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie ;

4° Produit officinal divisé, toute drogue simple, tout produit chimique ou toute préparation stable décrite par la pharmacopée, préparés à l'avance par un établissement pharmaceutique et divisés soit par lui, soit par la pharmacie d'officine qui le met en vente, soit par une pharmacie à usage intérieur, telle que définie au chapitre VI du présent titre ;

5° Sans préjudice des dispositions des articles L. 611-2 et suivants du code de la propriété intellectuelle, spécialité générique d'une spécialité de référence, celle qui a la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont la bioéquivalence

avec la spécialité de référence est démontrée par des études de biodisponibilité appropriées. La spécialité de référence et les spécialités qui en sont génériques constituent un groupe générique. **En l'absence de spécialité de référence, un groupe générique peut être constitué de spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent.** Pour l'application du présent 5°, les différentes formes pharmaceutiques orales à libération immédiate sont considérées comme une même forme pharmaceutique ;

6° Médicament immunologique, tout médicament consistant en :

a) Allergène, défini comme tout produit destiné à identifier ou provoquer une modification spécifique et acquise de la réponse immunologique à un agent allergisant ;

b) Vaccin, toxine ou sérum, définis comme tous agents utilisés en vue de provoquer une immunité active ou passive ou en vue de diagnostiquer l'état d'immunité ;

7° Médicament radiopharmaceutique, tout médicament qui, lorsqu'il est prêt à l'emploi, contient un ou plusieurs isotopes radioactifs, dénommés radionucléides, incorporés à des fins médicales ;

8° Générateur, tout système contenant un radionucléide parent déterminé servant à la production d'un radionucléide de filiation obtenu par élution ou par toute autre méthode et utilisé dans un médicament radiopharmaceutique ;

9° Trousse, toute préparation qui doit être reconstituée ou combinée avec des radionucléides dans le produit radiopharmaceutique final ;

10° Précurseur, tout autre radionucléide produit pour le marquage radioactif d'une autre substance avant administration ;

11° Médicament homéopathique, tout médicament obtenu à partir de produits, substances ou compositions appelés souches homéopathiques, selon un procédé de fabrication homéopathique décrit par la pharmacopée européenne, la pharmacopée française ou, à défaut, par les pharmacopées utilisées de façon officielle dans un autre Etat membre de la Communauté européenne. Un médicament homéopathique peut aussi contenir plusieurs principes.

#### **Article L5121-20**

Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat, et notamment :

1° Les critères scientifiques justifiant le cas échéant l'exonération des études de biodisponibilité des spécialités génériques définies au 5° de l'article L. 5121-1 **et les modalités de création de groupes génériques en l'absence de spécialité de référence, ces groupes étant définis au 5° de l'article L. 5121-1 ;**

2° Les modalités d'application de l'article L. 5121-7 relatif aux bonnes pratiques de laboratoire ;

3° Les règles concernant la présentation et la dénomination des médicaments et produits ;

4° Le contenu du dossier présenté à l'appui d'une demande d'autorisation de mise sur le marché prévu à l'article L. 5121-8 ;

5° Les justifications, y compris celles relatives à l'étiquetage des médicaments ou produits, qui doivent être fournies à l'appui des demandes d'autorisation de mise sur le marché et qui comprennent obligatoirement la vérification de l'existence des propriétés définies à l'article L. 5121-9 des experts possédant les qualifications techniques et professionnelles fixées par le même décret ;

6° Les conditions dans lesquelles interviennent les décisions accordant, modifiant, renouvelant, suspendant ou supprimant une autorisation de mise sur le marché ou un enregistrement de médicament homéopathique, ainsi que les règles de procédure applicables aux recours ouverts contre lesdites décisions ;

7° Les conditions d'autorisation de mise sur le marché lorsque le demandeur peut démontrer qu'il n'est pas en mesure de fournir des renseignements complets sur l'efficacité et l'innocuité du médicament selon les dispositions de l'article L. 5121-9 ;

8° Les conditions d'octroi, de suspension ou de retrait de l'autorisation permettant l'utilisation à titre exceptionnel de certains médicaments destinés à traiter des maladies graves ou rares lorsqu'il n'existe pas de traitement approprié selon les dispositions de l'article L. 5121-12 ;

9° Les règles applicables à l'expérimentation des médicaments en vue de leur autorisation de mise sur le marché ainsi qu'aux essais organisés après la délivrance de cette autorisation ;

10° Les restrictions qui peuvent être apportées dans l'intérêt de la santé publique à la prescription et à la délivrance de certains médicaments ;

11° Les règles applicables en cas de changement du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ;

12° Les modalités d'application des articles L. 5121-17 et L. 5121-18 relatifs à la taxe annuelle des médicaments et produits bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ;

13° Les règles applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments postérieurement à la délivrance de l'autorisation administrative de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, de l'autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 ou postérieurement à l'enregistrement des médicaments homéopathiques prévu à l'article L. 5121-13 ; ces règles fixent notamment les obligations de signalement incombant aux membres des professions de santé et aux entreprises exploitant un médicament ou un produit soumis aux dispositions du présent titre ;

14° Les règles particulières applicables à la pharmacovigilance exercée sur les médicaments dérivés du sang et les autres médicaments d'origine humaine ;

15° Les modalités de présentation des demandes tendant à obtenir l'enregistrement des médicaments homéopathiques prévu à l'article L. 5121-13, la nature du dossier ainsi que les règles relatives à l'étiquetage et à la notice de ces médicaments ;

16° Les règles particulières applicables aux essais pharmacologiques, toxicologiques et cliniques des médicaments homéopathiques faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché, en prenant en compte la spécificité du médicament homéopathique et un usage généralement lié à la tradition.

#### Pour information :

#### Articles du code de la sécurité sociale cités par les articles modifiés]

Livre 1 : Généralités

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 8 : Contributions à la charge des entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596

#### **Article L138-9**

*(Loi n° 96-314 du 12 avril 1996 art. 76 I Journal Officiel du 13 avril 1996)*

*(Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 art. 32 I Journal Officiel du 29 décembre 1996)*

*(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 29 VI art. 31 I, II 1° Journal Officiel du 27 décembre 1998)*

Les remises, ristournes et avantages commerciaux et financiers assimilés de toute nature consentis par tous les fournisseurs des officines en spécialités pharmaceutiques remboursables ne peuvent excéder par mois et par ligne de produits et pour chaque officine 2,5 p. 100 du prix de ces spécialités. Ce plafond est porté à 10,74 % du prix fabricant hors taxes pour les spécialités génériques définies au premier alinéa de l'article L. 601-6 du code de la santé publique.

Les infractions aux dispositions prévues au présent article sont passibles des sanctions pénales applicables aux infractions mentionnées à l'article L. 162-38. Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables à ces mêmes infractions.

Toutefois, ce plafonnement ne s'applique pas pendant la durée de validité d'un accord de bonnes pratiques commerciales, agréé par le ministre chargé de la sécurité sociale, conclu entre les organisations représentatives des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques et celles des pharmaciens d'officine.



### **Article L162-16-1**

*(Loi n° 96-452 du 28 mai 1996 art. 61 I Journal Officiel du 29 mai 1996)*

*(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 30 I Journal Officiel du 27 décembre 1998)*

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 33 II 2° Journal Officiel du 28 juillet 1999 en vigueur le 1er janvier 2000)*

*(Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 art. 39 I 2° Journal Officiel du 28 juillet 1999)*

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicales(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, d'autre part.

La convention détermine notamment :

1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;

2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;

3° Les thèmes de formation correspondant aux objectifs de l'assurance maladie susceptibles d'être retenus et les modalités de financement ;

4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;

5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques.

Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.

La convention et ses avenants, lors leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.

L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.

### **Article L162-17**

*(Ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 art. 22 I Journal Officiel du 25 avril 1996)*

*(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 32 VII Journal Officiel du 30 décembre 1999)*

*(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 40 I Journal Officiel du 26 décembre 2001)*

Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L. 601 du code de la santé publique, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie, lorsqu'ils sont dispensés en officine, que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisée. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.

En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'Etat détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments peuvent être exclues du remboursement par arrêté interministériel.

### **Article L162-17-3**

*(Loi n° 96-452 du 28 mai 1996 art. 61 I Journal Officiel du 29 mai 1996)*

*(Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 art. 30 II Journal Officiel du 27 décembre 1998)*

*(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 32 IV Journal Officiel du 30 décembre 1999)*

*(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 22 Journal Officiel du 26 décembre 2001)*

I. - Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique des produits de santé. Le comité contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament. Il met en oeuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en application de la loi de financement de la sécurité sociale.

Ces orientations portent notamment sur les moyens propres à assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article LO 111-3. En particulier, le comité applique ces orientations à la fixation des prix des médicaments à laquelle il procède en application de l'article L. 162-17-4.

La composition et les règles de fonctionnement du comité sont déterminées par décret.

II. - Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses de médicaments en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.

III. - Le rapport d'activité établi par le comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement.

### Pour information :

#### Articles du code de la santé publique cités par les articles modifiés

Cinquième partie : Produits de santé  
Livre 1 : Produits pharmaceutiques  
Titre 2 : Médicaments à usage humain  
Chapitre 1 : Dispositions générales

#### **Article L5121-8**

Toute spécialité pharmaceutique ou tout autre médicament fabriqué industriellement, ainsi que tout générateur, trousse ou précurseur qui ne fait pas l'objet d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par la Communauté européenne en application du règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil du 22 juillet 1993 doit faire l'objet avant sa commercialisation ou sa distribution à titre gratuit, en gros ou en détail, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Cette autorisation peut être assortie de conditions adéquates.

L'autorisation est délivrée pour une durée de cinq ans ; elle est ensuite renouvelable par période quinquennale. Toute modification des éléments d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, quelle que soit son importance, doit être préalablement autorisée.

L'autorisation peut être modifiée, suspendue ou retirée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

L'accomplissement des formalités prévues au présent article n'a pas pour effet d'exonérer le fabricant ou, s'il est distinct, le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, de la responsabilité que l'un ou l'autre peut encourir dans les conditions du droit commun en raison de la fabrication ou de la mise sur le marché du médicament ou produit.

Cinquième partie : Produits de santé  
Livre 1 : Produits pharmaceutiques  
Titre 2 : Médicaments à usage humain  
Chapitre 3 pris et agrément

#### **Ancien L 593 : Article L5123-1 (sauf dispositions outre-mer)**

Les médicaments et produits mentionnés à l'article L. 5121-8 ne peuvent être vendus à un prix supérieur à celui qui résulte de la réglementation des prix.

Les autres médicaments et produits dont la vente est réservée aux pharmaciens ne peuvent être vendus à un prix supérieur à celui qui résulte du tarif pharmaceutique national. Ce tarif est fixé par arrêté des ministres chargés de l'économie et des finances, de la santé et de la sécurité sociale.

Les établissements de santé privés à but lucratif, disposant d'une pharmacie à usage intérieur, appliquent obligatoirement pour les médicaments non inclus dans les prix de journée un abattement sur le prix limite prévu aux alinéas précédents.

Le taux minimum de cet abattement est fixé par arrêté des ministres chargés de l'économie et des finances, de la santé et de la sécurité sociale.

### **Article L5125-23**

*(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 19 I, art. 40 II a Journal Officiel du 26 décembre 2001)*

Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

Si la prescription libellée en dénomination commune peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1, le pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale.

Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription, et sous réserve, en ce qui concerne les spécialités figurant sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, que cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.

Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivrée. Il en est de même lorsque le pharmacien délivre une spécialité au vu d'une prescription libellée en dénomination commune.

## **- Code de déontologie médicale**

Titre 1 : Devoirs généraux des médecins

### **Article 8**

Dans les limites fixées par la loi, le médecin est libre de ses prescriptions qui seront celles qu'il estime les plus appropriées en la circonstance.

Il doit, sans négliger son devoir d'assistance morale, limiter ses prescriptions et ses actes à ce qui est nécessaire à la qualité, à la sécurité et à l'efficacité des soins.

Il doit tenir compte des avantages, des inconvénients et des conséquences des différentes investigations et thérapeutiques possibles.

Titre 2 : Devoirs envers les patients

### **Article 53**

Les honoraires du médecin doivent être déterminés avec tact et mesure, en tenant compte de la réglementation en vigueur, des actes dispensés ou de circonstances particulières.

Ils ne peuvent être réclamés qu'à l'occasion d'actes réellement effectués. L'avis ou le conseil dispensé à un patient par téléphone ou correspondance ne peut donner lieu à aucun honoraire.

Un médecin doit répondre à toute demande d'information préalable et d'explications sur ses honoraires ou le coût d'un traitement. Il ne peut refuser un acquit des sommes perçues.

Aucun mode particulier de règlement ne peut être imposé aux malades.

## **- Décision n° 86-225 DC du 23 janvier 1987 -**

### **Loi portant diverses mesures d'ordre social**

6. Considérant toutefois, qu'aux termes du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, confirmé par celui de la Constitution du 4 octobre 1958, la Nation "garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence" ;

**17. Considérant qu'il incombe, tant au législateur qu'au Gouvernement, conformément à leurs compétences respectives, de déterminer, dans le respect des principes proclamés par le onzième alinéa du Préambule, les modalités de leur mise en oeuvre ; qu'il suit de là qu'il appartient au pouvoir réglementaire, dans chacun des cas prévus à l'article 4 de la loi, de fixer la durée de la condition de résidence de façon à ne pas aboutir à mettre en cause les dispositions précitées du Préambule et en tenant compte à cet effet des diverses prestations d'assistance dont sont susceptibles de bénéficier les intéressés ; que toute autre interprétation serait contraire à la Constitution ;**

**- Décision n° 89-269 DC du 22 janvier 1990 -**

**Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé**

25. Considérant qu'en vertu du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, confirmé par celui de la Constitution du 4 octobre 1958, la nation "garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs." ;

26. **Considérant qu'il incombe au législateur comme à l'autorité réglementaire, selon leurs compétences respectives, de déterminer, dans le respect des principes posés par le onzième alinéa du Préambule, leurs modalités concrètes d'application ; qu'il leur appartient en particulier de fixer des règles appropriées tendant à la réalisation de l'objectif défini par le Préambule ; qu'à cet égard, le recours à une convention pour régir les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les médecins vise à diminuer la part des honoraires médicaux qui restera, en définitive, à la charge des assurés sociaux et, en conséquence, à permettre l'application effective du principe posé par les dispositions précitées du Préambule ; que la possibilité d'organiser par des conventions distinctes les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et respectivement les médecins généralistes et les médecins spécialistes a pour dessein de rendre plus aisée la conclusion de telles conventions ; que, dans ces conditions, il ne saurait être fait grief à l'article 17 de la loi de méconnaître les dispositions du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 ;**

**- Décision n° 90-287 DC du 16 janvier 1991 -**

**Loi portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales**

. En ce qui concerne l'article 15 relatif aux tarifs pratiqués par les établissements d'hospitalisation privés à but lucratif :  
(...)

-Quant aux moyens critiquant la définition des critères d'homologation des tarifs :

21. Considérant, en premier lieu, que la liberté d'entreprendre n'est ni générale ni absolue ; qu'il est loisible au législateur d'y apporter des limitations exigées par l'intérêt général à la condition que celles-ci n'aient pas pour conséquence d'en dénaturer la portée ; que les dispositions relatives aux critères d'homologation des tarifs conventionnels ont pour but de maîtriser l'évolution des dépenses de santé supportées par la collectivité ; que les restrictions qui en résultent pour les établissements privés d'hospitalisation ne portent pas à la liberté d'entreprendre une atteinte contraire à la Constitution ;

22. Considérant, en deuxième lieu, que les dispositions relatives à l'homologation des tarifs n'emportent par elles-mêmes aucun transfert de propriété ; que les restrictions qui peuvent en résulter quant aux conditions d'exercice du droit de propriété répondent à un motif d'intérêt général et n'ont pas pour effet de dénaturer la portée de ce droit ;

23. **Considérant, en troisième lieu, que l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale n'affecte pas le libre choix par le malade de son établissement de soins ; qu'ainsi le moyen invoqué sur ce point doit en tout état de cause être écarté ; que s'il est vrai que les conditions de remboursement des soins ne sont pas identiques selon que le choix des intéressés se porte sur un établissement faisant partie du service public hospitalier, sur un établissement privé conventionné ou sur un établissement non conventionné, les différences de traitement qui en résultent sont liées à la différence des situations des établissements concernés ; qu'elles sont en rapport avec l'objectif poursuivi par la loi qui consiste à assurer l'accès aux soins tout en développant une politique de maîtrise des dépenses de santé ;**

24. Considérant, en quatrième lieu, que la modification du régime d'homologation des tarifs conventionnels n'a pas pour effet de priver de garanties légales des principes de valeur constitutionnelle ; qu'en particulier, les modifications et adjonctions apportées à l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale ne mettent pas en cause le principe de protection de la santé publique proclamé par le onzième alinéa du préambule de la Constitution de 1946, auquel se réfère le préambule de la Constitution de 1958 ;

**-Décision n° 91-296 DC du 29 juillet 1991-**  
**Loi portant diverses mesures d'ordre social**

17. **Considérant qu'il incombe au législateur comme à l'autorité réglementaire, selon leurs compétences respectives, de déterminer, dans le respect des principes posés par le onzième alinéa du Préambule, leurs modalités concrètes d'application ;**

18. Considérant qu'il y a lieu de relever que le mécanisme des accords et conventions mis en place par la loi est placé sous le contrôle de l'autorité administrative ; que celle-ci est partie aux accords nationaux prévus respectivement par les articles L. 162-14.1 et L. 162-22.2 du code de la sécurité sociale ; qu'aussi bien les conventions nationales visées aux articles L. 162-14 et L. 162-22.1 que l'annexe mentionnée à l'article L. 162-14.2 n'entrent en vigueur qu'une fois approuvées par arrêté interministériel ; que le législateur a défini également des règles autorisant les ministres intéressés, en cas de non aboutissement des différentes procédures conventionnelles, à fixer notamment les tarifs applicables aux prestations servant de base au calcul de la participation des assurés sociaux aux analyses ou aux soins ; qu'il reviendra aux ministres intéressés, agissant sous le contrôle du juge de la légalité, de faire usage de leurs pouvoirs de telle sorte qu'il n'y ait pas de mise en cause des dispositions précitées du Préambule ;

**- Décision n° 93-325 DC du 13 août 1993**

**Loi relative à la maîtrise de l'immigration et aux conditions d'entrée, d'accueil et de séjour des étrangers en France**

124. Considérant qu'aux termes du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, confirmé par celui de la Constitution du 4 octobre 1958, la Nation "garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence" ;

125. **Considérant qu'il incombe, tant au législateur qu'au Gouvernement, conformément à leurs compétences respectives, de déterminer, dans le respect des principes proclamés par le onzième alinéa du Préambule, les modalités de leur mise en oeuvre ;**

126. Considérant d'une part que le législateur a prévu au bénéfice des personnes de nationalité étrangère, les prestations d'aide sociale à l'enfance, l'aide sociale en cas d'admission dans un centre d'hébergement et de réadaptation sociale, l'aide médicale en cas de soins dispensés par un établissement de santé ou de prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe, l'aide médicale à domicile à condition que les intéressés justifient soit de la régularité de leur séjour en France, soit d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins trois ans, des allocations aux personnes âgées à condition que les intéressés justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins quinze ans avant l'âge de soixante-dix ans ;

127. Considérant d'autre part que le législateur a subordonné le bénéfice des autres formes d'aide sociale à la régularité du séjour des personnes concernées ; que toutefois il a confié au ministre chargé de l'action sociale la responsabilité de déroger à cette règle générale ainsi qu'à la condition de résidence prévue s'agissant de l'aide médicale à domicile pour tenir compte de circonstances exceptionnelles ; que cette disposition doit être entendue comme destinée à assurer la mise en oeuvre effective des principes énoncés par les dispositions précitées du Préambule de la Constitution de 1946 ; que sous cette réserve d'interprétation, les dispositions contestées ne sont pas contraires à la Constitution ;

**-Décision n° 96-387 DC du 21 janvier 1997 -**

**Loi tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance**

- SUR LES GRIEFS TIRES DE LA MECONNAISSANCE DU ONZIEME ALINEA DU PREAMBULE DE LA CONSTITUTION DU 27 OCTOBRE 1946 ET DU PRINCIPE D'EGALITE :

7. Considérant que les députés requérants font grief au législateur d'avoir instauré "un dispositif incompatible tant avec l'exigence de solidarité nationale qu'impose le Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 en son onzième alinéa, qu'avec le principe constitutionnel d'égalité devant la loi qui impose que les différences de protection des personnes âgées contre les risques induits par la dépendance selon le département où elles résident ne soient pas disproportionnées avec les différences de situations qui les séparent au regard de critères nationaux clairs et précis" ; qu'ils arguent à cet égard d'inconstitutionnalité les articles 3, 4, 5 et 23-III de la loi ; qu'ils font valoir qu'il résulte de ces articles que l'octroi de la prestation spécifique dépendance ne dépendra que des orientations d'une "majorité départementale", sans répondre aux exigences de la solidarité nationale ; que la réglementation de l'accès à la prestation étant renvoyée au niveau du département, il en résulterait nécessairement des discriminations territoriales au détriment des personnes âgées dépendantes ; que les variations susceptibles d'apparaître d'un département à un autre ne seraient pas justifiées au regard de l'objet de la loi ; qu'ils mettent en cause par ailleurs le maintien par l'article 32 dans certains départements d'un régime de prestations d'aide sociale plus favorable qui n'avait été prévu qu'à titre expérimental ;

. En ce qui concerne les articles 3, 4, 5 et 23-III de la loi :

8. Considérant que l'article 3 de la loi déferée donne compétence au président du conseil général, après avis du maire de la commune de résidence du demandeur, pour accorder la prestation spécifique dépendance en fonction des conclusions d'une équipe médico-sociale ; que l'article 4 de la loi permet au département de conclure, pour l'instruction et le suivi de la prestation spécifique dépendance, avec les institutions et organismes publics sociaux et médico-sociaux, des conventions conformes à une convention-cadre fixée par arrêté conjoint du ministre chargé des personnes âgées et du ministre chargé des collectivités territoriales ; qu'il résulte de l'article 5 qu'un règlement départemental d'aide sociale fixe le montant maximum de la prestation spécifique dépendance, qui ne peut être inférieur à un montant déterminé par décret ; que par ailleurs, selon le même article, le montant de la prestation accordée est modulé en fonction du besoin de surveillance et d'aide requis par l'état de dépendance du demandeur, évalué par l'équipe médico-sociale prévue par l'article 3 et selon que l'intéressé réside à domicile ou est accueilli en établissement ; qu'ainsi qu'il a été analysé ci-dessus, l'article 23-III a trait à la détermination, modulée selon l'état de la personne accueillie en établissement, du montant de la prestation spécifique dépendance pris en compte pour la tarification de l'établissement en cause ;

9. **Considérant qu'aux termes du onzième alinéa du Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, la Nation "garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence"** ; que le principe ainsi posé ne fait pas par lui-même obstacle à l'institution par le législateur d'un mécanisme de solidarité mis en oeuvre par le département ; que toutefois les dispositions réglementaires et les décisions individuelles prévues par la loi doivent être prises, sous le contrôle du juge de la légalité, de façon à ne pas aboutir à mettre en cause les dispositions précitées du Préambule compte tenu de la diversité des situations de nature à se présenter ; que toute autre interprétation serait contraire à la Constitution ;

10. Considérant d'une part qu'aux termes de l'article premier de la Constitution : "La France est une République indivisible, laïque, démocratique et sociale. Elle assure l'égalité devant la loi de tous les citoyens sans distinction d'origine, de race ou de religion..." ; d'autre part qu'aux termes de l'article 34 de la Constitution : "La loi détermine les principes fondamentaux de la libre administration des collectivités locales, de leurs compétences et de leurs ressources" et qu'en vertu de l'article 72 de la Constitution, les collectivités territoriales s'administrent librement par des conseils élus et dans les conditions prévues par la loi ;

11. Considérant que pour assurer le respect de ces principes, il incombe au législateur de prévenir par des dispositions appropriées la survenance de ruptures caractérisées d'égalité dans l'attribution de la prestation spécifique dépendance, allocation d'aide sociale qui répond à une exigence de solidarité nationale ;

12. Considérant en premier lieu que les conditions d'âge, de degré de dépendance et de ressources seront fixées par voie réglementaire de façon uniforme pour l'ensemble du territoire national auquel s'applique la loi, en vertu de l'article 2 de celle-ci ;

13. Considérant en deuxième lieu qu'en vertu des dispositions des articles 3, 15 et 22 de la loi, le degré de dépendance du demandeur, qui détermine son besoin d'aide et de surveillance, est évalué par l'équipe médico-sociale ci-dessus mentionnée à l'aide d'une grille nationale ; que le président du conseil général se prononce par décision motivée sur l'octroi de la prestation spécifique dépendance sous le contrôle du juge dans les conditions précisées à l'article 11 de la loi ;

14. Considérant en troisième lieu qu'ainsi qu'il a été relevé ci-dessus, il résulte des dispositions de l'article 5 de la loi que le montant maximum de la prestation déterminé par le règlement départemental d'aide sociale ne peut être inférieur à un montant fixé par décret ;

15. Considérant au surplus que les départements non seulement pourront conclure des conventions, conformes à une convention-cadre fixée par arrêté interministériel, avec des organismes publics sociaux ou médico-sociaux pour l'instruction et le suivi de la prestation spécifique dépendance en application de l'article 4 de la loi, mais aussi devront, conformément au premier alinéa de l'article 1er, conclure des conventions avec les organismes de sécurité sociale afin de favoriser la coordination des prestations servies aux personnes âgées dépendantes et d'accomplir les tâches d'instruction et de suivi ; que ces conventions devront respecter un cahier des charges arrêté au niveau national, un comité national de la coordination gérontologique étant chargé du suivi de leur mise en oeuvre et, le cas échéant, d'une fonction de médiation pour leur conclusion ainsi que de l'établissement d'un rapport annuel public sur l'application de la loi ;

**16. Considérant que, dans ces conditions, le législateur doit être regardé comme ayant pris les mesures appropriées pour prévenir des ruptures caractérisées du principe d'égalité pouvant résulter de l'attribution au département du service et de la gestion de la prestation spécifique dépendance qui répond directement au but d'intérêt général visé ;**

. En ce qui concerne l'article 32 de la loi :

17. Considérant qu'en vertu de l'article 32 de la loi déferée, les prestations attribuées avant la date d'entrée en vigueur de cette loi, en application des conventions prévues dans certains départements conformément à l'article 38 de la loi du 25 juillet 1994 susvisée, continuent d'être servies à leurs bénéficiaires ;

Considérant que les députés auteurs de la requête soutiennent que cette disposition méconnaît le principe d'égalité dans la mesure notamment où dans les départements ayant mis en oeuvre l'expérimentation "le plafond de ressources pris en compte sera supérieur à celui que la loi déferée institue sur le reste du territoire", et alors pourtant que l'on ne sera plus dans une phase d'expérimentation, et "qu'à l'évidence la situation des personnes âgées concernées ne diffère pas, au regard de l'objet de la loi déferée, d'un groupe de départements à un autre" ;

18. Considérant que la disposition critiquée se borne à garantir aux personnes qui avaient obtenu un avantage accordé en application d'une loi antérieure, le maintien des prestations correspondantes ; qu'au regard du but que le législateur s'est ainsi fixé tendant, compte tenu notamment de la nature de ces prestations, au maintien personnel du bénéfice d'un régime antérieur, il n'a pas méconnu le principe d'égalité ;



**- Décision n° 97-393 DC du 18 décembre 1997 -**

**Loi de financement de la sécurité sociale pour 1998**

23. Considérant que les décisions du Conseil d'État du 28 mars 1997, invoquées par les requérants, ont conduit le Gouvernement à revaloriser la base mensuelle de calcul des allocations familiales pour 1995 de 0,5 %, en sus de la revalorisation de 1,2 % découlant du décret n° 94-1231 du 30 décembre 1994 ; qu'à défaut de la disposition critiquée, cette revalorisation de la base relative à l'année 1995 aurait, par l'effet du report d'une année sur l'autre, accru le montant global des allocations familiales versées au cours des années 1996 et suivantes dans des proportions sensibles ; que la dépense supplémentaire qui en serait résultée est évaluée à plus de trois milliards de francs pour les années 1996 à 1998, venant aggraver à due concurrence le déficit de la branche famille du régime général ; qu'eu égard à l'exigence constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale et compte tenu des sommes en jeu, le législateur pouvait prendre la mesure de validation en cause ;

(...)

**32. Considérant, en conséquence, que si les dispositions précitées des dixième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946 ne font pas, par elles-mêmes, obstacle à ce que le bénéfice des allocations familiales soit subordonné à une condition de ressources, les dispositions réglementaires prévues par la loi ne sauraient fixer les plafonds de ressources, compte tenu des autres formes d'aides aux familles, de telle sorte que seraient remises en cause les exigences du Préambule de 1946 ; que, sous cette réserve, l'article 23 n'est pas contraire aux dixième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946 ;**

**- Décision n° 99-416 DC du 23 juillet 1999-**

**Loi portant création d'une couverture maladie universelle**

3. Considérant que les requérants font grief à ces dispositions d'instituer de " graves inégalités entre assurés sociaux ", en méconnaissance de l'article 2 de la Constitution, de l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et du " droit constitutionnel à l'égalité d'accès aux soins " qui découle du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 ; qu'ils font valoir que ce dispositif institue " un seuil couperet " excluant du bénéfice de la couverture maladie universelle les personnes dont les revenus sont à peine supérieurs au plafond, alors même que celles-ci disposent d'un niveau de ressources voisin de celui de ses bénéficiaires ; qu'aucun dispositif n'est prévu par la loi pour tempérer les conséquences néfastes de cet " effet de seuil " pour de nombreuses personnes défavorisées ; qu'en outre, le montant de 3 500 francs de revenus mensuels envisagé pour une personne seule se situe en dessous des minima sociaux ainsi que du seuil de pauvreté ; que, par ailleurs, ce dispositif ne permet pas de résoudre les difficultés résultant des disparités existant entre les différents régimes de sécurité sociale, certaines personnes devant continuer à cotiser pour un régime de base, alors que leurs revenus sont inférieurs au seuil d'accès à la couverture maladie universelle ;

**4. Considérant qu'aux termes du dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 : " La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement " ; que, selon son onzième alinéa : " Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs... " ;**

**5. Considérant qu'il incombe au législateur, comme à l'autorité réglementaire, conformément à leurs compétences respectives, de déterminer, dans le respect des principes posés par ces dispositions, les modalités concrètes de leur mise en œuvre ;**

**6. Considérant, en particulier, qu'il est à tout moment loisible au législateur, statuant dans le domaine qui lui est réservé par l'article 34 de la Constitution, d'adopter, pour la réalisation ou la conciliation d'objectifs de nature constitutionnelle, des modalités nouvelles dont il lui appartient d'apprécier l'opportunité ; que, cependant, l'exercice de ce pouvoir ne saurait aboutir à priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel ;**

7. Considérant que le grief tiré de l'existence d'un " effet de seuil " n'a pas la même portée selon qu'il s'agit de la couverture de base ou de la couverture complémentaire ;
8. Considérant, en premier lieu, que l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale se borne à exonérer de cotisations, s'agissant de la couverture de base attribuée sur critère de résidence en application de l'article L. 380-1 du même code, les personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France lorsque leurs revenus sont inférieurs à un plafond fixé par décret ; que les cotisations dues par les personnes dont les ressources excèdent ce plafond sont proportionnelles à la part de leurs ressources dépassant ledit plafond ; que, par suite, le moyen tiré de l'existence d'un " effet de seuil " manque en fait s'agissant de la couverture de base ;
9. Considérant, par ailleurs, que le législateur s'est fixé pour objectif, selon les termes de l'article L. 380-1 précité, d'offrir une couverture de base aux personnes n'ayant " droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité " ; que le principe d'égalité ne saurait imposer au législateur, lorsqu'il s'efforce, comme en l'espèce, de réduire les disparités de traitement en matière de protection sociale, de remédier concomitamment à l'ensemble des disparités existantes ; que la différence de traitement dénoncée par les requérants entre les nouveaux bénéficiaires de la couverture maladie universelle et les personnes qui, déjà assujetties à un régime d'assurance maladie, restent obligées, à revenu équivalent, de verser des cotisations, est inhérente aux modalités selon lesquelles s'est progressivement développée l'assurance maladie en France ainsi qu'à la diversité corrélative des régimes, que la loi déferée ne remet pas en cause ;
10. Considérant, en second lieu, s'agissant de la couverture complémentaire sur critère de ressources prévue par l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, que le législateur a choisi d'instituer au profit de ses bénéficiaires, compte tenu de la faiblesse de leurs ressources et de la situation de précarité qui en résulte, une prise en charge intégrale des dépenses de santé et une dispense d'avance de frais, l'organisme prestataire bénéficiant d'une compensation financière de la part d'un établissement public créé à cet effet par l'article 27 de la loi ; que le choix d'un plafond de ressources, pour déterminer les bénéficiaires d'un tel régime, est en rapport avec l'objet de la loi ; qu'il n'appartient pas au Conseil constitutionnel de rechercher si les objectifs que s'est assignés le législateur auraient pu être atteints par d'autres voies, dès lors que les modalités retenues par la loi ne sont pas manifestement inappropriées ; qu'en l'espèce, en raison tout à la fois des options prises, du fait que la protection instituée par la loi porte sur des prestations en nature et non en espèces, du fait que ces prestations ont un caractère non contributif, et eu égard aux difficultés auxquelles se heurterait en conséquence l'institution d'un mécanisme de lissage des effets de seuil, le législateur ne peut être regardé comme ayant méconnu le principe d'égalité ;
- 11. Considérant, toutefois, qu'il appartiendra au pouvoir réglementaire de fixer le montant des plafonds de ressources prévus par les articles L. 380-2 et L. 861-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que les modalités de leur révision annuelle, de façon à respecter les dispositions précitées du Préambule de la Constitution de 1946 ; que, sous cette réserve, le grief doit être écarté ;**

#### **- Décision n° 2001-446 DC du 27 juin 2001-**

#### **Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception**

10. Considérant que la nouvelle rédaction donnée aux articles L. 2212-3 et L. 2212-4 du code de la santé publique respecte la liberté de la femme enceinte qui souhaite recourir à une interruption volontaire de grossesse ; que les informations relatives aux aides et secours dont peuvent bénéficier les mères et leurs enfants sont dispensées aux femmes majeures qui ont accepté la consultation préalable à caractère social prévue au premier alinéa de l'article L. 2212-4 du même code ; qu'en effet, cette consultation "est systématiquement proposée avant ... l'interruption volontaire de grossesse, à la femme majeure" et "comporte un entretien particulier au cours duquel une assistance ou des conseils appropriés à la situation de l'intéressée lui sont apportés" ; qu'en vertu du deuxième alinéa du même article, la consultation préalable est obligatoire pour la femme mineure non émancipée ; que, par suite, les dispositions contestées ne portent pas atteinte au principe de liberté posé à l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ;

**- Décision n° 2001-451 DC du 27 novembre 2001 -**

**Loi portant amélioration de la couverture des non-salariés agricoles contre les accidents du travail et les maladies professionnelles**

19. Considérant qu'aux termes du dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement » ; que, selon son onzième alinéa : « Elle garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence » ; qu'il incombe au législateur comme à l'autorité réglementaire, conformément à leurs compétences respectives, de déterminer, dans le respect des principes posés par ces dispositions, les modalités concrètes de leur mise en oeuvre ;

20. **Considérant qu'il est à tout moment loisible au législateur, statuant dans le domaine qui lui est réservé par l'article 34 de la Constitution, et notamment, comme en l'espèce, dans celui des principes fondamentaux de la sécurité sociale, d'adopter, pour la réalisation ou la conciliation d'objectifs de nature constitutionnelle, des modalités nouvelles dont il lui appartient d'apprécier l'opportunité, dès lors que, dans l'exercice de ce pouvoir, il ne prive pas de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel ;**

21. Considérant que les dispositions de la loi déferée ont pour objet d'améliorer la protection sociale des agriculteurs non salariés, notamment par la création d'indemnités journalières et d'une rente décès, ainsi que par une meilleure indemnisation de l'incapacité permanente ; que, dès lors, le législateur a pu, pour satisfaire aux prescriptions des dispositions précitées du Préambule de 1946, choisir de créer une nouvelle branche de sécurité sociale sans commettre, dans l'exercice de son pouvoir d'appréciation, d'erreur manifeste constitutive d'une atteinte inconstitutionnelle à la liberté d'entreprendre ;

**- Débats Assemblée nationale, 1ere séance du 30 octobre 2002**

**M. le Ministre** (...) Quoi qu'il en soit, l'industrie pharmaceutique a besoin d'un cap qui ne change pas tous les ans et d'y voir clair (*M. Barrot approuve*). Notre discours est donc clair : nous voulons faciliter l'innovation et permettre aux nouveaux médicaments une accession plus rapide au marché. En contrepartie, nous nous acheminons vers le forfait générique et vers l'automédication. D'ailleurs certains laboratoires français se sont déjà lancés avec bonheur dans cette dernière. Celui par exemple qui a lui-même « déremboursé » l'aspirine vitamine C, pour la mettre en automédication, a vu son chiffre d'affaires augmenter sur ce médicament, qui est maintenant, comme disent les anglo-saxons, « devant le comptoir » et non plus derrière. Je crois qu'il faut responsabiliser les gens qui choisissent un médicament au SMR suffisamment intéressant pour qu'ils le prennent mais pas suffisamment pour que la solidarité nationale s'exerce. Tout cela constitue les différentes facettes d'une même logique.

**- Assemblée nationale – 1<sup>ère</sup> lecture – Rapport 330 tome 2 (p. 23 ; p. 88-89)**

3. Le marché des médicaments génériques augmente mais reste trop faible

**a) Une part de marché limitée**

En 2001, la part de marché des génériques croît de 0,9 % et se monte à 6,7 % (en volume total du marché des médicaments remboursables en ville) et à 3,1 % du chiffre d'affaires hors taxe réalisé par les laboratoires. Le Comité économique des produits de santé indique que la part en valeur du marché potentiel des génériques (médicaments de référence et génériques) par rapport au marché global a diminué de 5 % en 2001, évolution liée au fait que les spécialités génériques correspondent à des classes thérapeutiques anciennes à taux de croissance réduits.

En revanche, la part en valeur prise par les médicaments génériques au sein de leur marché potentiel a augmenté de 20 % et atteint 22,3 % en 2001.

Même si les définitions différentes nuisent à la qualité des comparaisons, il est avéré que la part de marché des génériques en France est relativement faible par rapport à ses voisins européens, particulièrement l'Allemagne.

L'étude MEDICAM met en évidence la baisse des montants remboursés des produits princeps génériques. L'étude montre que sur les 100 premiers produits prescrits et remboursés en montants en 2001, 20 sont les produits de référence de groupes génériques pouvant donner lieu à substitution.

Sur la base des données 2001, l'Association française des génériqueurs a estimé que le champ des répertoires pourrait doubler entre 2000 et 2006. L'impact sera d'autant plus fort que les produits concernés dans les prochaines années sont chers.

#### *b) Les conditions du développement des génériques ne sont pas encore toutes remplies*

Le protocole d'accord conclu entre les trois caisses nationales d'assurance maladie et l'organisation MG France le 24 janvier 2002 comprend un paragraphe intitulé « la prescription pharmaceutique », qui indique que « l'implication des médecins généralistes pourrait être valorisée dans le cadre conventionnel ». En outre, le protocole d'accord signé le 5 juin 2002 porte notamment sur la prescription en dénomination commune internationale (DCI) via l'avenant n°10 qui a transposé cet accord dans la convention. Les généralistes doivent s'engager dans un premier temps à rédiger en DCI 25 % (en moyenne nationale) des lignes de prescription dont la moitié au moins entre dans le champ du répertoire des génériques. Pour cette dernière partie, le médecin peut préférer la prescription en génériques.

L'accord, qui ne comporte aucun objectif individuel et n'est pas opposable à chaque médecin, a permis de faire progresser la délivrance de médicaments génériques dès le mois de juin 2002, selon les données fournies par la publication de la CNAMTS « Point de conjoncture » (septembre 2002).

Le rapporteur se réjouit que le décret d'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 autorisant la prescription en dénomination commune, dont l'élaboration avait pris un grand retard, ait été publié au Journal officiel du 2 octobre dernier (décret n°2002-1216 du 30 septembre 2002 relatif à la prescription en dénomination commune et modifiant le code de la santé publique). Le décret précise que la prescription comprend au moins le principe actif du médicament, le dosage en principe actif et la voie d'administration et la forme pharmaceutique. L'article 17 du projet de loi vise à favoriser la prescription en dénomination commune et fait l'objet d'une étude à part. Selon les informations fournies par le gouvernement, l'avenant à la convention d'objectifs et de gestion avec la CNAMTS cherchera à développer d'autres outils afin d'accélérer le développement du générique.

En matière de médicaments génériques, le rapporteur estime indispensable de mener au plus tôt une action d'information et de sensibilisation du grand public. Le bilan des expérimentations locales réussies (par exemple celle menée par la CPAM de la Marne) doit se traduire par l'élaboration de bonnes pratiques. Promouvoir la prescription en DCI et de génériques suppose des efforts importants en termes de formation des médecins (formation initiale et continue) et de développement des outils d'aide à la prescription, notamment grâce à des logiciels adaptés.  
(...)

### **1. Le remboursement sur la base d'un tarif de responsabilité**

#### *Le dispositif proposé*

Le I du présent article propose de modifier l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, qui fixe les conditions des dépenses de remboursement de médicaments par l'assurance maladie.

Dans la rédaction projetée, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis du comité économique des produits de santé (organisme public placé auprès des ministres, notamment chargé de négocier le prix des médicaments avec les laboratoires), ont la faculté d'arrêter un tarif forfaitaire de responsabilité sur la base duquel est calculé le remboursement des frais exposés par les assurés.

Ce tarif concerne soit les médicaments inscrits dans un groupe générique, soit les médicaments appartenant à un groupe d'équivalence (concept créé par le II du présent article).

Comme l'indique la rédaction (« *peut* »), il s'agit d'une *faculté* : les ministres se réservent la possibilité de choisir les médicaments concernés, dès lors qu'ils répondent aux conditions posées. Celles-ci, dans l'état actuel du texte, se résument à l'inscription dans un groupe générique ou d'équivalence.

Selon les informations fournies au rapporteur, il semblerait que cette faculté serait particulièrement appliquée lorsque les médicaments sont inscrits dans un groupe où le médicament princeps est très prescrit, lorsque l'écart de prix entre le médicament princeps et les versions génériques est particulièrement élevé, et lorsque le droit de substitution n'est pas suffisamment exercé par le pharmacien.

Lorsque le forfait est appliqué, si le patient souhaite qu'on lui délivre un médicament dont le prix est supérieur au tarif forfaitaire, il lui revient de prendre en charge la différence de prix.

Le succès de la mesure repose en partie sur l'information conjointe et détaillée des trois acteurs concernés : le prescripteur, le pharmacien et le patient.

S'agissant de l'attitude prévisible des organismes d'assurance complémentaire santé, il est intéressant de noter que la Mutualité française a décidé, en comité exécutif, d'engager ses groupements adhérents à ne pas prendre en charge les dépassements du forfait de remboursement pour les médicaments appartenant à un groupe générique (communiqué de presse du 11 octobre 2002).

#### Les avantages escomptés

Le but de cette disposition est de permettre de baisser - ou d'enrayer la hausse - de certaines dépenses de remboursement de médicaments prises en charge par les régimes d'assurance maladie grâce au développement accru de la consommation de médicaments génériques ou grâce à la diminution du prix des médicaments induite par la mise en place du forfait.

Selon les données fournies au rapporteur, si dans chaque groupe générique, le prix des princeps était aligné sur le générique le moins cher (il s'agit donc d'une évaluation *a maxima*), les dépenses annuelles de remboursement, sur la base des chiffres du marché actuel, seraient réduites d'environ 500 millions d'euros.

Ce dispositif est appliqué en Allemagne depuis 1989 sous le nom de *Festbetrag*. Il a accompagné l'essor de la consommation de médicaments génériques.

Un point qui reste à clarifier a un impact sur le montant des économies espérées : le mode de calcul du forfait. S'agira-t-il du médicament générique ou du médicament inscrit dans le même groupe d'équivalence dont le prix est le moins cher ? Ou de la moyenne des prix des génériques ? de la moyenne pondéré par les volumes de ventes ? d'une autre formule ?

Dans tous les cas, une observation fine du secteur et une mise à jour des prix des forfaits est indispensable afin d'éviter les stratégies de contournement.

#### Les mesures d'accompagnement

L'article L. 138-9 du code de la sécurité sociale plafonne le montant mensuel des remises, ristournes et avantages consentis par les fournisseurs de médicaments aux officines. Ce taux est égal à 2,5 % du prix du médicament et à 10,74 % du prix fabricant hors taxe pour les médicaments génériques. Ce plafond différencié, issu de l'article 29 de la loi de financement de sécurité sociale pour 1999, vise à promouvoir la délivrance de médicaments génériques en pharmacies d'officine. Le troisième alinéa du I du présent article précise que lorsque le tarif forfaitaire s'applique aux médicaments inscrits dans un groupe générique, ce plafond est fixé à 2,5 % du prix des médicaments. Il s'agit d'une mesure qui vise à réduire un avantage relatif pour les médicaments génériques dès que le mécanisme du tarif de responsabilité, qui leur est particulièrement favorable, s'applique.

Le I précise en outre que le mécanisme visé par le deuxième alinéa de l'article L. 162-16 (dans sa rédaction actuelle) ne s'applique pas aux médicaments remboursés sur une base forfaitaire. Il s'agit de neutraliser les dispositions qui, s'agissant de la délivrance par le pharmacien d'une spécialité sur la base d'une prescription en dénomination commune, réglementent l'écart de prix

entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique (dispositif appelé « arrêté corridor »). Lorsque le mécanisme du forfait s'applique, cette procédure n'a plus lieu d'être applicable, le médicament étant remboursé sur la base du tarif de responsabilité.

**- Rapport public du Conseil d'État 1998 - Études et documents n° 49 :  
Réflexion sur le droit à la santé, p. 238 - 239**

Le droit constitutionnel et le droit administratif prennent en considération les limites inhérentes aux actions - individuelles ou collectives - en faveur de la santé. Le texte de référence en ce domaine est le onzième alinéa du préambule de la Constitution du 27 octobre 1946 aux termes duquel la nation «garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé,...». Cet alinéa fait partie de la liste des *principes particulièrement nécessaires à notre temps* qui ont été reconnus comme ayant valeur constitutionnelle<sup>7</sup>.

**Le principe ainsi formulé est donc le droit à la protection de la santé et non le droit à la santé. La différence de formulation exprime davantage qu'une nuance. En effet, un droit à la santé pourrait suggérer l'existence d'un droit individuel à vivre en bonne santé qui autoriserait chacun à s'en prévaloir et, le cas échéant, à exiger réparation dans tous les cas où la jouissance de ce droit serait perturbée. A l'inverse, le droit à la protection de la santé s'inscrit dans la longue tradition de la police sanitaire en application de laquelle les pouvoirs publics ont un devoir de protéger collectivement les populations contre les risques qui pourraient menacer leur santé.**

**Le Conseil constitutionnel s'est toujours appliqué<sup>8</sup>, depuis sa première décision prise en référence au onzième alinéa du préambule de 1946<sup>9</sup>, à privilégier cette seconde lecture. Une telle interprétation s'impose d'autant plus que le Conseil évoque désormais le principe constitutionnel de protection de la santé publique<sup>10</sup> ce dernier qualificatif accentuant la portée générale et non individuelle du principe.**

Il convient d'observer de plus que le respect de la protection de la santé est souvent contrôlé par le juge constitutionnel, ainsi que par le juge administratif, à la lumière du principe d'égalité. Ce contrôle n'aurait à l'évidence aucun sens s'il s'agissait de l'égalité de chacun devant la santé alors que les prédispositions naturelles et les hasards de l'existence rendent illusoire toute prétention à l'égalité en ce domaine. En revanche, le principe d'égalité trouve parfaitement à s'appliquer lorsqu'il s'agit d'assurer à toute personne ou catégorie de personnes l'égalité d'accès aux services énumérés par le onzième alinéa du préambule de 1946<sup>11</sup>, notamment l'accès aux soins. Les juridictions concernées en ont fait usage, en particulier lorsqu'il s'est agi de protéger les droits des étrangers vivant sur le territoire national<sup>12</sup>.

En définitive, si l'on souhaite évoquer un droit à la santé, il faut l'entendre comme principe d'égalité devant le service public de santé ; autrement dit, il s'agit d'un droit à la protection de la santé ce qui confirme la pertinence de la formule retenue par le onzième alinéa du texte constitutionnel de 1946.

---

<sup>7</sup> Cf. Bruno Genevois, « Principes généraux du droit », *Répertoire Dalloz*, n° 63-64.

<sup>8</sup> A l'exception de la décision n°77-92 DC du 18 janvier 1978, qui, sans faire référence à aucun texte, évoque un droit à la santé.

<sup>9</sup> CC n° 74-54 DC du 15 janvier 1975, Loi relative à l'interruption volontaire de grossesse

<sup>10</sup> CC n° 90-283 DC du 8 janvier 1991, Loi relative à la lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme confirmée par CC n° 90-287 DC du 16 janvier 1991, Loi portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales.

<sup>11</sup> Outre la protection de la santé, il s'agit de la sécurité matérielle, le repos et les loisirs.

<sup>12</sup> CC n° 89-269 du 22 janvier 1990, Loi portant diverses dispositions relatives à la sécurité sociale et à la santé ; RFDA 1990, p. 406 note de B. Genevois ; RFDC 1990, p. 330, chronique de L. Favoreu ; AJDA 1990, p. 474, note de F. Benoît-Rohmer ; CE 30 juin 1989, Bureau d'aide sociale de Paris c/Lévy, p. 157.

## C – Article 59 (ex 41) : Majoration de pension pour enfants

### - Décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000

### Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001

- SUR L'ARTICLE 21 :

20. Considérant que l'article 21 de la loi déferée modifie, en son I, l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale relatif aux attributions de la caisse nationale des allocations familiales et, en son II, l'article L. 135-3 du même code relatif aux recettes du fonds de solidarité vieillesse ; que ces dispositions ont pour objet de faire prendre en charge par la caisse nationale des allocations familiales le coût global des majorations de pensions pour enfants mentionnées au a du 3° et au 6° de l'article L. 135-2 du même code ; que ce coût global était supporté, en l'état de la législation, par le fonds de solidarité vieillesse ; qu'aux termes du III de l'article 21 : " Pour l'année 2001, la Caisse nationale des allocations familiales verse au Fonds de solidarité vieillesse un montant égal à 15 % des sommes visées au présent article " ;

21. Considérant que les députés requérants soutiennent que " la mise à la charge de la branche famille des majorations familiales des pensions de vieillesse du régime général porte atteinte à l'universalité des prestations familiales et à l'égalité des citoyens devant les charges publiques " ; qu'ils font valoir à cet égard que le système ainsi instauré conduit à faire " financer par certains cotisants des avantages dont ils sont privés " ;

22. Considérant que, pour leur part, les sénateurs requérants estiment qu'" en grevant les moyens de la branche famille d'une charge qui lui est étrangère, l'article 21 méconnaît l'exigence constitutionnelle résultant des dixième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946 " ;

23. Considérant, en outre, que, selon les deux saisines, l'article 21 porterait atteinte au principe de " l'autonomie organique et financière " des branches de la sécurité sociale, principe qui découlerait, pour les députés, du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, et qui serait, selon les sénateurs, " un principe fondamental reconnu par la législation républicaine " ;

24. Considérant, en premier lieu, que, en raison de la solidarité mise en œuvre tant au sein de chaque régime de base qu'entre régimes de base différents par les transferts et compensations entre régimes, le fait, pour certains cotisants, de contribuer au financement de prestations familiales sans bénéficier corrélativement desdites prestations n'est pas contraire par lui-même au principe d'égalité ;

**25. Considérant, en deuxième lieu, que les dispositions critiquées ne modifient pas la nature de prestation vieillesse des majorations de pensions pour enfants ; que les règles d'ouverture des droits et de leur liquidation restent en effet inchangées ; qu'ainsi qu'il a été dit, l'article 21 de la loi déferée se borne à transférer la charge financière globale des majorations de pensions pour enfants du fonds de solidarité vieillesse à la caisse nationale des allocations familiales ;**

**26. Considérant, en troisième lieu, que ces majorations ont pour effet, sous certaines conditions, d'augmenter la pension de tout assuré du régime général ou des régimes alignés si cet assuré a eu ou a élevé au moins trois enfants ; que ces majorations s'analysent comme un avantage familial différé qui vise à compenser, au moment de la retraite, les conséquences financières des charges de famille ; que les exigences constitutionnelles découlant des dixième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946 ne sont donc pas méconnues par le transfert de charge contesté ; que, pour le même motif, le prélèvement prévu par l'article 21 ne méconnaît pas le principe d'égalité au détriment de la caisse nationale des allocations familiales ;**

27. Considérant, enfin, que manque en fait le grief tiré d'une atteinte à un " principe de l'autonomie des branches de la sécurité sociale " ;

28. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les griefs relatifs à l'article 21 de la loi déferée doivent être rejetés ;

**- Décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001**  
**Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002**

- SUR L'ARTICLE 60 :

61. Considérant que l'article 60 a pour objet de porter de 15 % à 30 % la prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses du Fonds de solidarité vieillesse au titre des majorations de pension accordées en fonction du nombre d'enfants ;

62. Considérant que les députés requérants soutiennent que cette disposition n'est conforme ni au principe de l'autonomie des branches découlant du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, ni à l'exigence d'une politique de solidarité envers les familles résultant des dixième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946 ; que les sénateurs requérants reprochent à l'article 60 de rompre l'égalité entre les familles au détriment de celles qui ont des enfants à charge et au bénéfice de celles qui en ont eu ;

63. Considérant qu'aux termes du dixième alinéa du Préambule de 1946 : « La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement » ; que, selon son onzième alinéa, la Nation « garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence » ;

**64. Considérant que l'existence de branches de la sécurité sociale est reconnue par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ; que, si l'autonomie financière des branches ne constitue pas, par elle-même, un principe de valeur constitutionnelle, le législateur ne saurait décider des transferts de ressources et de charges entre branches tels qu'ils compromettraient manifestement la réalisation de leurs objectifs et remettraient ainsi en cause tant l'existence des branches que les exigences constitutionnelles qui s'attachent à l'exercice de leurs missions;**

**65. Considérant que les majorations de pension accordées en fonction du nombre d'enfants s'analysent comme un avantage familial différé qui vise à compenser, au moment de la retraite, les conséquences financières des charges de famille ; que, dans ces conditions, le grief tiré d'une atteinte à l'autonomie des branches doit être écarté ; qu'en égard au montant limité du transfert de charges critiqué, l'article 60 ne porte pas atteinte à l'égalité entre familles selon qu'elles élèvent des enfants ou qu'elles l'ont fait dans le passé ; qu'enfin, la disposition contestée n'est pas contraire aux dispositions précitées du Préambule de 1946 ;**

**- Les cahiers du Conseil constitutionnel, n° 12**

**Présentation de la décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2002**

6) L'article 60

L'article 60 a pour objet de porter de 15 % à 30 % la prise en charge par la CNAF des dépenses du FSV au titre des majorations de pension accordées en fonction du nombre d'enfants.

Il avait déjà été soutenu, à propos de la LFSS pour 2001, que cette prise en charge n'était conforme ni au « principe de l'autonomie des branches », ni à l'exigence d'une politique de solidarité envers les familles résultant des dixième et onzième alinéas du Préambule de la Constitution de 1946. Le Conseil avait réfuté cette argumentation par sa décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 (cons. 21 à 28, Rec. p. 190). Les majorations de pension accordées en fonction du nombre d'enfants s'analysent en effet comme un avantage familial différé qui vise à compenser, au moment de la retraite, les conséquences financières des charges de famille. Dans ces conditions, le grief tiré d'une atteinte à l'autonomie des branches manque en fait.

La décision commentée apporte deux innovations.



Tout d'abord, le Conseil fixe pour la première fois le statut constitutionnel du principe de l'autonomie des branches de la sécurité sociale. Si l'existence des branches de la sécurité sociale est reconnue par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, leur autonomie financière ne constitue pas, par elle-même, un principe de valeur constitutionnelle. Le législateur ne saurait néanmoins décider des transferts de ressources ou de charges entre branches d'une ampleur telle qu'ils compromettraient manifestement la réalisation de leurs objectifs et remettraient en cause leur existence ou les exigences constitutionnelles (dixième et onzième alinéas du Préambule de 1946) qui s'attachent à l'exercice de leurs missions.

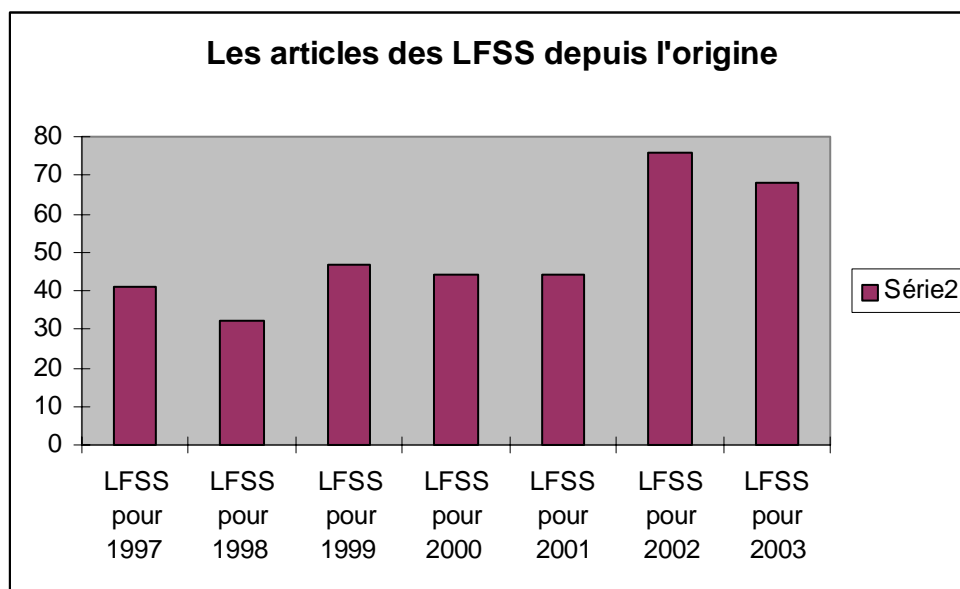
En second lieu, le Conseil a eu à répondre au moyen tiré de ce que, au-delà d'un certain seuil de prise en charge par la CNAF des majorations de retraite pour enfants, serait rompue l'égalité entre les familles (au détriment de celles qui ont des enfants à charge et au bénéfice de celles qui en ont eu) et méconnue l'exigence constitutionnelle qui s'attache à la mise en oeuvre d'une politique familiale. Il a implicitement admis le caractère opérant de ce grief. Mais, en l'espèce (passage de 15% à 30% de la prise en charge), le seuil n'est pas dépassé.

### III – Cavaliers sociaux

Pour information :

#### Nombre d'articles des LFSS depuis l'origine

|                  |    |
|------------------|----|
| LFSS pour 1997 : | 41 |
| LFSS pour 1998 : | 32 |
| LFSS pour 1999 : | 47 |
| LFSS pour 2000 : | 44 |
| LFSS pour 2001 : | 44 |
| LFSS pour 2002 : | 76 |
| LFSS pour 2003 : | 68 |



## **A - Cavaliers sociaux attaqués par la saisine**

1 - Article 2 (ex 1bis) : Office parlementaire d'évaluation des politiques

2 - Article 7 (ex 2) : Rapport sur l'ONDAM

### **- Décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998 - Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999**

- SUR L'ARTICLE 28 :

20. Considérant qu'en vertu du premier alinéa de l'article 47-1 de la Constitution : "Le Parlement vote les projets de loi de financement de la sécurité sociale dans les conditions prévues par une loi organique" ; **qu'il en résulte que seule la loi organique peut déterminer les rapports qui doivent être annexés aux projets de loi de financement de la sécurité sociale** ; qu'il y a lieu, dès lors, de déclarer contraire à la Constitution, comme adopté au terme d'une procédure irrégulière, le I de l'article 28 de la loi déferée qui prévoit qu'un "rapport sur l'état de la santé bucco-dentaire de la population", dont il fixe le contenu, est joint à l'une des annexes au projet de loi de financement de la sécurité sociale ;

### **- Décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001 - Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002**

86. Considérant qu'aux termes de l'article 33 de la loi déferée : « Dans un délai de trois mois après la publication de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport exposant les conditions dans lesquelles les techniciens des laboratoires hospitaliers pourraient être classés en catégorie B active de la fonction publique hospitalière » ; que cette disposition, qui n'a pas d'incidence sur l'équilibre financier des régimes obligatoires de base, n'a ni pour objet, ni pour effet d'améliorer le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ; que l'article 33 n'a donc pas sa place dans la loi déferée ;

### **- Assemblée nationale – 1<sup>ère</sup> lecture – Rapport 330 tome 2 (p. 41)**

TITRE 1<sup>ER</sup>

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE

Article 2

(article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997)

Création d'une annexe sur la médicalisation de l'ONDAM

Cet article vise à donner au Parlement une nouvelle information « médicalisée » sur l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), pour lui permettre de mieux contrôler l'application des lois de financement et de connaître plus précisément le contenu de l'enveloppe de soins remboursables qu'il vote.

Pour ce faire, il est proposé de compléter la liste des rapports que le gouvernement doit rattacher chaque année à l'annexe *b* au projet de loi de financement. Ladite annexe *b* est définie par l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale comme « *[devant] rendre compte de la mise en \_uvre des dispositions des lois de financement de la sécurité sociale de l'exercice précédent* ». L'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 a déjà prévu de rattacher à cette annexe *b* huit rapports supplémentaires :

- le bilan des contrôles médicaux effectués dans le secteur de l'hospitalisation ;
- l'état de la réforme de la Nomenclature générale des actes professionnels ;
- l'exécution budgétaire de la loi de financement ;
- le bilan des expérimentations des « filières et réseaux de soins » ;
- la mise en oeuvre des références médicales opposables ;
- les restructurations hospitalières ;
- le bilan de l'exécution du programme de médicalisation des systèmes d'information ;
- le bilan des contrôles d'attributions des prestations familiales.

Ce neuvième rapport devra analyser l'évolution, au regard des besoins de santé, des soins financés au titre de l'ONDAM. Grâce à des indicateurs chiffrés et concrets, le débat sur l'ONDAM ne se limitera plus à une discussion « budgétaire » sur un taux de croissance permettant d'équilibrer les comptes de l'assurance maladie. Le Parlement pourra mieux apprécier l'utilité « médicale » de l'augmentation des dépenses de santé.

Le gouvernement devra donc compléter par des éléments d'analyse médicalisée la description de l'ONDAM figurant à l'annexe *b*. Ces éléments pourront être définis dans le cadre des travaux du groupe de travail sur la médicalisation de l'ONDAM créé par M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, au sein de la Commission des comptes de la sécurité sociale qu'il préside. Enfin, à terme, l'utilisation de nouveaux outils comme les comptes par pathologie permettra de disposer d'une information détaillée sur l'ONDAM, non plus seulement par enveloppe en fonction de l'offre de soins (une enveloppe par prescripteur) mais véritablement en fonction de la demande (besoins de santé de la population répartis par catégories diagnostiques).

Sur le plan juridique, il faut toutefois rappeler que, dans sa décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998, le Conseil constitutionnel a resserré sa jurisprudence par rapport à la loi de financement pour 1997 en censurant la disposition de la loi de financement pour 1999 qui prévoyait qu'un rapport sur l'état de la santé bucco-dentaire de la population devait être joint à l'annexe *a* au projet de loi de financement de la sécurité sociale. En effet, en vertu du premier alinéa de l'article 47-1 de la Constitution : « *Le Parlement vote les projets de loi de financement de la sécurité sociale dans les conditions prévues par une loi organique* » ; pour le Conseil, il en résulte que « *seule la loi organique peut déterminer les rapports qui doivent être annexés aux projets de loi de financement de la sécurité sociale* ».

Pour éviter que ce rapport sur la médicalisation de l'ONDAM, auquel le rapporteur est très attaché au fond, soit déclaré contraire à la Constitution au motif qu'il serait adopté au terme d'une procédure irrégulière, il convient de transformer ce rapport, non en une nouvelle annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale, mais en un « simple » rapport du Gouvernement au Parlement, déposé à la même date que les annexes du projet de loi de financement et relatif au contrôle de l'application des lois de financement.

Le caractère assez artificiel du procédé suggère toutefois de modifier assez rapidement la loi organique sur ce point, afin de permettre aux lois de financement, tout comme les lois de finances, de prévoir de nouvelles annexes : cette matière ne doit pas relever de la loi organique. Il s'agira ainsi de faciliter le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

### 3- Article 23 –II : Communication de documents administratifs

#### **- Loi n° 78-753 du 17 juillet 1978**

#### **portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal**

#### **Titre Ier : De la liberté d'accès aux documents administratifs.**

##### **Article 1**

*(Modifié par Loi 2000-321 2000-04-12 art. 7 JORF 13 avril 2000. )*

Le droit de toute personne à l'information est précisé et garanti par le présent titre en ce qui concerne la liberté d'accès aux documents administratifs.

Sont considérés comme documents administratifs, au sens du présent titre, tous dossiers, rapports, études, comptes rendus, procès-verbaux, statistiques, directives, instructions, circulaires, notes et réponses ministérielles qui comportent une interprétation du droit positif ou une description des procédures administratives, avis, prévisions et décisions, qui émanent de l'Etat, des collectivités territoriales, des établissements publics ou des organismes de droit public ou privé chargés de la gestion d'un service public. Ces documents peuvent revêtir la forme d'écrits, d'enregistrements sonores ou visuels, de documents existant sur support informatique ou pouvant être obtenus par un traitement automatisé d'usage courant.

Ne sont pas considérés comme documents administratifs, au sens du présent titre, les actes des assemblées parlementaires, les avis du Conseil d'Etat et des juridictions administratives, les documents de la Cour des comptes mentionnés à l'article L. 140-9 du code des juridictions financières et les documents des chambres régionales des comptes mentionnés à l'article L. 241-6 du même code, les documents d'instruction des réclamations adressées au Médiateur de la République, **les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé prévu à l'article L. 6113-6 du code de la santé publique et les rapports d'audit des établissements de santé mentionnés à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001(n° 2000-1257 du 23 décembre 2000)** et les documents préalables à l'élaboration du rapport d'accréditation des établissements de santé visé à l'article L. 710-5 du code de la santé publique.

#### **- Code de la santé publique - Article L. 6113-6**

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.

**- Loi n° 2000-1257 :**

**Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001**

TITRE III : Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie

Section 3 : Branche maladie.

**Article 40**

*Modifié par Loi 2001-1246 2001-12-21 art. 26 JORF 26 décembre 2001.*

I. - Il est créé un fonds pour la modernisation des établissements de santé. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

II. - Ce fonds finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.

A ce titre, il participe au financement :

1° De contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement au sens de l'article L. 6144-4 du code de la santé publique ;

2° Des actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens ;

3° Des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation.

III. - Ce fonds finance également des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé.

IV. - Bénéficient du concours de ce fonds les actions mentionnées au II du présent article qui sont entreprises par des établissements visés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ayant fait l'objet d'un agrément par le ou les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation compétents. Les établissements non visés par cet article peuvent également bénéficier, après agrément dans les conditions mentionnées précédemment, du concours du fonds dans le cadre d'opérations de coopération entre un ou plusieurs de ces établissements et un ou plusieurs établissements visés à l'article L. 174-1 du même code.

V. - Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 600 millions de francs. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.

VI. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

VII. - L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au VI.

Nota : Loi 2001-1246 2001-12-21 art. 26 II : Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé, pour l'année 2002, à 152,45 millions d'euros.

**- Décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998**

**Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999**

- SUR L'ARTICLE 22 :

8. Considérant que cet article, qui modifie l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, prévoit que les conventions nationales conclues entre les organismes d'assurance maladie et les organisations syndicales représentatives des médecins pourront notamment déterminer de nouvelles conditions d'exercice destinées "à favoriser la coordination des soins par un médecin généraliste choisi par le patient", ainsi que "la prise en charge globale des patients dans le cadre de réseaux de soins" ; que les parties à ces conventions pourront déterminer "les modes de paiement, autres que le paiement à l'acte" afférents à ces formes nouvelles d'exercice de la médecine libérale ou aux "activités non curatives des médecins", telles, par exemple, les activités "de prévention, d'éducation pour la santé, de formation, d'évaluation, d'études de santé publique, de veille sanitaire" ;

9. Considérant que les députés, auteurs de la première requête, comme les sénateurs, auteurs de la seconde requête, font grief à cette disposition d'être entachée d'incompétence négative ; qu'en vertu de l'article 34 de la Constitution, il revient à la loi de déterminer les principes fondamentaux de la sécurité sociale ; qu'en confiant aux parties à la convention la possibilité de déroger aux "principes fondamentaux de la médecine libérale", tels le "libre choix du médecin par le malade", "le paiement direct des honoraires" ou encore "l'indépendance professionnelle des médecins", le législateur aurait méconnu sa propre compétence ; qu'au surplus les sénateurs font valoir que cette disposition n'entre pas dans le champ d'application des lois de financement de la sécurité sociale, tel que défini par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ;

**10. Considérant, en premier lieu, qu'en raison même de leur objet, qui est d'engager des réformes structurelles dans les modes d'exercice de la médecine libérale s'accompagnant de nouvelles modalités de rémunération des médecins, et des effets financiers attendus de telles innovations, la disposition en cause est de nature à dégager des économies ayant une incidence significative sur les conditions générales de l'équilibre financier des comptes de l'assurance maladie ; que, dès lors, elle est au nombre de celles qui, en vertu du III de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, peuvent figurer dans une loi de financement de la sécurité sociale ;**

**- Décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999 :**

**Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000**

- SUR L'ARTICLE 31 :

58. Considérant que les trois premiers alinéas de l'article 31 prévoient que l'autorisation de mise sur le marché d'une spécialité générique peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence ; que, toutefois, la commercialisation de la spécialité générique ne pourra intervenir qu'après l'expiration de ces droits, l'information du laboratoire titulaire du brevet de la spécialité de référence devant en outre être assurée ; qu'en vertu du quatrième alinéa de l'article 31, les études de biodisponibilité tendant à démontrer la bioéquivalence d'une spécialité générique avec une spécialité de référence " sont considérées comme des actes accomplis à titre expérimental au sens de l'article L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle " ;

59. Considérant que les sénateurs requérants soutiennent que ces dispositions n'affecteront pas l'équilibre financier de l'assurance maladie et ne sont donc pas au nombre de celles qui peuvent figurer dans une loi de financement de la sécurité sociale ; qu'au surplus, le quatrième alinéa de l'article 31 serait contraire aux engagements internationaux de la France ;

**60. Considérant que le législateur a entendu hâter la mise effective sur le marché des spécialités dites génériques ; que l'usage de celles-ci est de nature à influencer de façon significative sur l'équilibre général de l'assurance maladie ; qu'en raison de leur objet et des effets financiers attendus de l'accélération de la commercialisation des spécialités génériques, les trois premiers alinéas de l'article 31 entrent dans le domaine des lois de financement de la sécurité sociale en vertu du III de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ;**

**61. Considérant, en revanche, que son quatrième alinéa, qui se borne à préciser que les études relatives aux spécialités génériques doivent être considérées comme des actes accomplis à titre expérimental au sens de l'article L. 613-5 du code de la propriété intellectuelle, est dépourvu d'effets financiers directs sur l'équilibre des comptes de l'assurance maladie et n'est pas inséparable du reste de l'article contesté ; qu'il échappe en conséquence à l'objet des lois de financement de la sécurité sociale ; qu'il y a lieu, par suite, de le déclarer contraire à la Constitution ;**

## 4- Article 31 (ex 16) : Rapport du ministre de la santé

### **- Code de la sécurité sociale**

Livre 1 : Généralités

Titre 6 : Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins

#### **Article L162-1-13**

*(inséré par Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 1 I Journal Officiel du 7 mars 2002 et rectificatif JORF 26 mars 2002)*

Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont définis par un accord-cadre conclu par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et le Centre national des professions de santé, regroupant des organisations syndicales représentatives des professions concernées.

Cet accord-cadre ne s'applique à une des professions susmentionnées que si au moins une organisation syndicale représentative de cette profession l'a signé.

Cet accord-cadre, conclu pour une durée au plus égale à cinq ans, fixe des dispositions communes à l'ensemble des professions entrant dans le champ des conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et à l'article L. 322-5-2. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, ainsi que les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés et une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique.

Section 3.1 : Dispositions communes aux conventions prévues aux sections 1, 2 et 3

#### **Article L162-14-1**

*(Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 art. 3 Journal Officiel du 1er août 1991)*

*(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 XVI Journal Officiel du 30 décembre 1999)*

*(Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 2 Journal Officiel du 7 mars 2002)*

La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l'évolution de l'activité des professions concernées ; ces engagements prennent la forme d'accords de bon usage des soins prévus par l'article L. 162-12-17, qui constituent dans ce cas une annexe à la convention nationale, de contrats de bonne pratique prévus par l'article L. 162-12-18 ou de tout autre dispositif que les conventions mettent en oeuvre conformément aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s'assurer de la cohérence de leur mise en oeuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l'évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d'organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée.



## **Article L162-14-2**

*(Loi n° 91-738 du 31 juillet 1991 art. 3 Journal Officiel du 1er août 1991)*

*(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 XVI Journal Officiel du 30 décembre 1999)*

*(Loi n° 2002-322 du 6 mars 2002 art. 2 Journal Officiel du 7 mars 2002)*

Les tarifs mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 sont fixés dans le cadre d'avenants à chaque convention. Ces avenants comportent en annexe l'ensemble des modifications de la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie que les signataires envisagent de proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'agriculture et dont il a été tenu compte pour fixer les tarifs. La totalité des avenants conclus en application du présent alinéa fait l'objet d'un envoi unique, au plus tard le 15 juin, à chacun des ministres précités.

Sauf en cas d'urgence ou d'impérieuse nécessité de santé publique, les ministres précités tiennent compte des propositions faites par les partenaires conventionnels dans les conditions prévues à l'alinéa précédent lorsqu'ils mettent en oeuvre des modifications de la nomenclature. Lorsque les ministres décident de ne pas mettre en oeuvre une modification de la nomenclature proposée en application du présent article, ils en informent les signataires des avenants concernés en leur communiquant les motifs de leur décision.

## 5 - Article 42 (ex 25) : Date butoir de signature de conventions tripartites

### **- Code de l'action sociale et des familles**

Livre 3 : Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services.  
Titre 1 : Etablissements et services soumis à autorisation.  
Chapitre 3 : Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.  
Section 3 : Contrats ou conventions pluriannuels.

#### **Article L313-11**

*Modifié par Loi 2002-2 2002-01-02 art. 4 I, art. 24 I, IV, art. 36 JORF 3 janvier 2002.*

Livre 3 : Action sociale et médico-sociale mise en oeuvre par des établissements et des services.  
Titre 1 : Etablissements et services soumis à autorisation.  
Chapitre 3 : Droits et obligations des établissements et services sociaux et médico-sociaux.  
Section 3 : Contrats ou conventions pluriannuels.

Sans préjudice des dispositions de l'article L. 313-12, des contrats pluriannuels peuvent être conclus entre les personnes physiques et morales gestionnaires d'établissements et services et la ou les autorités chargées de l'autorisation et, le cas échéant, les organismes de protection sociale, afin notamment de permettre la réalisation des objectifs retenus par le schéma d'organisation sociale et médico-sociale dont ils relèvent, la mise en oeuvre du projet d'établissement ou de service ou de la coopération des actions sociales et médico-sociales.

Ces contrats fixent les obligations respectives des parties signataires et prévoient les moyens nécessaires à la réalisation des objectifs poursuivis, sur une durée maximale de cinq ans.

#### **Article L313-12**

*Modifié par Loi 2002-303 2002-03-04 art. 39 II 5° JORF 5 mars 2002 en vigueur le 5 septembre 2002.*

I. - Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnées au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et les établissements de santé dispensant des soins de longue durée visés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique qui accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure à un seuil fixé par décret ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de perte d'autonomie mentionnées à l'article L. 232-2 que s'ils ont passé avant le 31 décembre 2003 une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté ministériel, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux.

II. - Les établissements mentionnés au I dont la capacité est inférieure à un seuil fixé par décret ont la possibilité de déroger aux règles mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Dans ces établissements, les modalités de tarification des prestations remboursables aux assurés sociaux sont fixées par décret.

III. - Les établissements accueillant un nombre de personnes âgées dépendantes inférieur au seuil mentionné au I doivent répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

IV. - Les établissements mentionnés au I bénéficiant déjà, au 1er janvier 2001, d'une autorisation de dispenser des soins pour une partie de leur capacité sont autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux pour la totalité de leur capacité dès conclusion de la convention prévue au I.

Pour les autres établissements mentionnés au I, régulièrement autorisés avant le 1er janvier 2001, un arrêté du ministre chargé des personnes âgées fixe les conditions dans lesquelles sera recueilli selon les cas, l'avis du conseil régional de santé ou celui du comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale nécessaire à la délivrance de l'autorisation de dispenser des soins.

V. - Le personnel des établissements publics mentionnés au I peut comprendre des médecins, des biologistes, des odontologistes et des pharmaciens visés par l'article L. 6152-1 du code de la santé publique. Les établissements privés mentionnés au I peuvent faire appel à ces praticiens dans les conditions prévues par les statuts de ces derniers.

**- Loi no 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001**

**Article 52**

Dans le deuxième alinéa de l'article 5-1 de la loi no 75-535 du 30 juin 1975 précitée, les mots : « deux ans après la date de publication du décret prévu à l'article 27 quater » sont remplacés par les mots : « au 31 décembre 2003 ».

**- Décision n° 99-422 DC du 21 décembre 1999 -**

**Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000**

- SUR L'ARTICLE 15 :

32. Considérant que l'article 15 a pour objet d'instituer, au profit de la Caisse nationale des allocations familiales, une garantie de ressources pour la période courant du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2002 ; que cet article prévoit qu'au cas, constaté à l'issue de cette période, où les ressources de la Caisse pour l'année 2002 s'avèreront inférieures à celles de l'année 1997, revalorisées selon des modalités qu'il précise, un versement de l'Etat permettra, " dans les conditions prévues par les lois de finances et de financement de la sécurité sociale, de combler la différence observée " ;

33. Considérant que les députés requérants soutiennent que cet article " enfreint le principe de l'annualité budgétaire qui a été institué pour permettre au Parlement d'exercer un contrôle régulier sur les finances publiques " ;

**34. Considérant que la disposition contestée ne pourrait affecter les conditions générales de l'équilibre financier de la branche famille qu'en 2003 et seulement dans la mesure où, comme cela ressort des termes mêmes de l'article 15, les lois de finances et de financement de la sécurité sociale pour cette année le prévoiraient ; qu'elle n'a pas pour objet d'améliorer le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ; que cette disposition est donc étrangère au domaine de la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année 2000 ; qu'il y a lieu, par suite, de déclarer l'article 15 contraire à la Constitution ;**

## 6 - Article 56 (ex 38) : Autonomisation de la branche accidents du travail

### **- Code de la sécurité sociale (non consolidé)**

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses  
Titre 2 : Organismes nationaux  
Chapitre 1er : Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

#### **Article L221-4**

*(inséré par Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 9 I Journal Officiel du 27 juillet 1994 en vigueur le 1er janvier 1995)*

Pour la branche Accidents du travail et maladies professionnelles, et notamment pour les missions définies au 2° de l'article L. 221-1, les compétences de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés sont exercées par une commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Les dispositions régissant le fonctionnement du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie sont applicables à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

#### **Article L221-5**

*(inséré par Loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 art. 9 I Journal Officiel du 27 juillet 1994 en vigueur le 1er janvier 1995)*

La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles comprend pour moitié des représentants des assurés sociaux et pour moitié des représentants des employeurs.

Cinq membres sont choisis par les représentants des assurés sociaux au conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au titre de chacune des organisations syndicales nationales qui y sont représentées, parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.

Cinq membres sont choisis par les représentants des employeurs à ce conseil d'administration parmi ces membres, leurs suppléants et les membres des comités techniques nationaux et régionaux des accidents du travail.

Dans les mêmes conditions, sont choisis autant de membres suppléants.

Le mandat des membres de la commission est renouvelé en même temps que celui des membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Le président de la commission est élu en son sein par cette instance parmi les membres du conseil d'administration de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Chapitre 7 : Dispositions relatives aux conventions d'objectifs et de gestion

#### **Article L227-1**

*(Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 art. 1 I Journal Officiel du 25 avril 1996 en vigueur le 1er janvier 1997)*

*(Loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 art. 68 art. 69 Journal Officiel du 31 juillet 1998)*

*(Loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 art. 24 X Journal Officiel du 30 décembre 1999)*

*(Loi n° 2001-1246 du 21 décembre 2001 art. 36 II 4° Journal Officiel du 26 décembre 2001)*

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 1°, 3° et 4° 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 :

1° 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 ;

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

3° Les objectifs de l'action sociale, de prévention et de lutte contre l'exclusion ;

4° 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 ;

5° 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 :

1° 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 ;

2° 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, du médicament et de la lutte contre l'exclusion en matière d'accès aux soins.

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 de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et, en son sein, la part mentionnée à l'article L. 162-43 et l'objectif de dépenses déléguées et précise les conditions et modalités de mise en oeuvre de ces objectifs.

Les dépenses de soins de ville comprennent :

1° 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 ;

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

3° Les prestations en espèces.

Les dépenses déléguées comprennent les dépenses mentionnées au 1° ci-dessus ainsi que les frais de transport mentionnés à l'article L. 322-5.

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.

### **Article L227-2**

*(inséré par Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 art. 11 Journal Officiel du 25 avril 1996 en vigueur le 1er janvier 1997)*

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.

### **Article L227-3**

*(inséré par Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 art. 1 I Journal Officiel du 25 avril 1996 en vigueur le 1er janvier 1997)*

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.

Chapitre 8 : Conseils de surveillance

### **Article L228-1**

*(inséré par Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 art. 18 Journal Officiel du 25 avril 1996)*

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.

\*Nota : Ordonnance 96-344 1996-04-24 art. 18 :

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 3 : Dispositions communes à toutes les caisses  
Chapitre 1er : Dispositions relatives aux conseils d'administration  
Section 1 : Composition des conseils d'administration  
Sous-section 1 : Dispositions

### **Article L231-5-1**

*(inséré par Ordonnance n° 96-344 du 24 avril 1996 art. 7 IV Journal Officiel du 25 avril 1996)*

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.

\*NOTA : Ordonnance 96-344 du 24 avril 1996 art. 14 I : Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du prochain renouvellement des membres des conseils d'administration.\*

**- Décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001 -**  
**Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2002**

75. Considérant que l'article 75, qui réforme les missions et les modes de gestion de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, a pour objet de donner à cet organisme les moyens d'exercer ses missions afin de pallier la carence actuelle de ses instances dirigeantes liée à la décision prise par certains partenaires sociaux de ne plus siéger à son conseil d'administration ; qu'il permettra ainsi de reprendre les négociations collectives, au niveau national, avec les représentants des quelque 200 000 agents des organismes du régime général de sécurité sociale ; que de telles négociations ont des incidences directes sur la rémunération de ces personnels et, par suite, pour une part significative, sur les coûts de fonctionnement des organismes du régime général retracés dans les objectifs de dépenses mentionnés au 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ; que, dès lors, l'article 75 a sa place dans la loi déferée ;

**- Assemblée nationale – 1<sup>ère</sup> lecture – Rapport – 330 tome 1**

*Article 38*

(articles L. 221-4, L. 221-5, L. 227-1, L. 227-2, L. 227-3, L. 228-1 et L. 231-5-1 du code de la sécurité sociale)

**Autonomisation de la gestion de la branche accidents du travail**

Cet article autonomise le mode de fonctionnement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, d'une part en la dotant d'une convention d'objectifs et de gestion et d'un conseil de surveillance et, d'autre part, en prévoyant la nomination directe des administrateurs de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

\*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article 38 présenté par M. Claude Evin.

**M. Claude Evin** a expliqué que les modifications proposées par l'article anticipent les travaux à venir sur la mise en place d'une nouvelle gouvernance de la sécurité sociale, sans véritablement créer une nouvelle caisse pour les accidents du travail. Il s'agit en fait essentiellement de permettre le retour du MEDEF au sein de la branche accidents du travail, alors même qu'il continuerait à être absent du conseil d'administration de la CNAM, ce qui n'est pas acceptable. De plus, un tel dispositif n'a pas à figurer dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale car il s'agit d'un cavalier social.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite *adopté* un amendement de coordination présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, tendant à supprimer le dernier alinéa du II de cet article, puis l'article 38 ainsi modifié.

## **B - Cavaliers sociaux soulevés d'office**

1 – Article 28 : Honoraires des médecins hospitaliers

2 – Article 30 : « contrats de bonne pratique »

3 – Article 32 : service de contrôle médical