

Décision n° 2012-659 DC  
du 13 décembre 2012

(Loi de financement de la sécurité  
sociale pour 2013)

Le Conseil constitutionnel a été saisi, dans les conditions prévues à l'article 61, deuxième alinéa, de la Constitution, de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, le 4 décembre 2012, par MM. Jean-Claude GAUDIN, Pierre ANDRÉ, Gérard BAILLY, Philippe BAS, René BEAUMONT, Michel BÉCOT, Jean BIZET, Pierre BORDIER, Mme Natacha BOUCHART, M. Joël BOURDIN, Mme Marie-Thérèse BRUGUIÈRE, MM. François-Noël BUFFET, Christian CAMBON, Jean-Noël CARDOUX, Jean-Claude CARLE, Mme Caroline CAYEUX, MM. Gérard CÉSAR, Pierre CHARON, Alain CHATILLON, Jean-Pierre CHAUVEAU, Marcel-Pierre CLÉACH, Christian COINTAT, Gérard CORNU, Raymond COUDERC, Jean-Patrick COURTOIS, Mme Isabelle DEBRÉ, MM. Francis DELATTRE, Robert del PICCHIA, Gérard DÉRIOT, Mmes Catherine DEROCHE, Marie-Hélène DES ESGAULX, MM. Éric DOLIGÉ, Philippe DOMINATI, Michel DOUBLET, Mme Marie-Annick DUCHÊNE, MM. Alain DUFAUT, André DULAIT, Ambroise DUPONT, Louis DUVERNOIS, Jean-Paul EMORINE, Hubert FALCO, Louis-Constant FLEMING, Michel FONTAINE, Bernard FOURNIER, Jean-Paul FOURNIER, Christophe-André FRASSA, Pierre FROGIER, Yann GAILLARD, Mme Joëlle GARRIAUD-MAYLAM, MM. Jacques GAUTIER, Patrice GÉLARD, Bruno GILLES, Mme Colette GIUDICELLI, MM. Alain GOURNAC, Francis GRIGNON, François GROSDIDIER, Charles GUENÉ, Michel HOUEL, Jean-François HUMBERT, Jean-Jacques HYEST, Mmes Sophie JOISSAINS, Christiane KAMMERMANN, Fabienne KELLER, Élisabeth LAMURE, MM. Gérard LARCHER, Daniel LAURENT, Jean-René LECERF, Antoine LEFÈVRE, Jacques LEGENDRE, Dominique de LEGGE, Jean-Pierre LELEUX, Jean-Claude LENOIR, Gérard LONGUET, Roland du LUART, Philippe MARINI, Pierre MARTIN, Jean-François MAYET, Mme Colette MÉLOT, MM. Alain MILON, Albéric de MONTGOLFIER, Philippe NACHBAR, Louis NÈGRE, Philippe PAUL, Jackie PIERRE, Xavier PINTAT, Louis PINTON, Rémy POINTÉREAU, Christian PONCELET, Ladislas PONIATOWSKI, Mmes Sophie PRIMAS, Catherine PROCACCIA, MM. Jean-Pierre RAFFARIN, Henri de RAINCOURT, André REICHARDT, Bruno RETAILLEAU, Charles REVET, Bernard SAUGEY, René-Paul SAVARY, Michel SAVIN, Bruno SIDO,

Mmes Esther SITTLER, Catherine TROENDLE, MM. François TRUCY, Hilarion VENDEGOU, René VESTRI et Jean-Pierre VIAL, sénateurs ;

Et le 5 décembre 2012, par MM. Christian JACOB, Bernard ACCOYER, Yves ALBARELLO, Benoist APPARU, Julien AUBERT, Olivier AUDIBERT TROIN, Jean-Pierre BARBIER, Xavier BERTRAND, Jean-Claude BOUCHET, Xavier BRETON, Yves CENSI, Gérard CHERPION, Alain CHRÉTIEN, Philippe COCHET, François CORNUT-GENTILLE, Édouard COURTIAL, Mme Marie-Christine DALLOZ, MM. Gérald DARMANIN, Bernard DEFLESSELLES, Jean-Pierre DOOR, David DOUILLET, Mme Marie-Louise FORT, MM. Yves FOULON, Marc FRANCINA, Laurent FURST, Sauveur GANDOLFI-SCHEIT, Bernard GÉRARD, Claude GOASGUEN, Philippe GOSSELIN, Christophe GUILLOTEAU, Michel HERBILLON, Antoine HERTH, Guénaél HUET, Denis JACQUAT, Mme Valérie LACROUTE, M. Marc LAFFINEUR, Mme Laure de LA RAUDIÈRE, MM. Marc LE FUR, Bruno LE MAIRE, Pierre LEQUILLER, Philippe LE RAY, Lionnel LUCA, Jean-François MANCEL, Thierry MARIANI, Hervé MARITON, Olivier MARLEIX, Alain MARSAUD, Alain MARTY, Pierre MORANGE, Pierre MOREL-A-L'HUISSIER, Jean-Luc MOUDENC, Jacques MYARD, Mme Dominique NACHURY, MM. Yves NICOLIN, Bernard PERRUT, Axel PONIATOWSKI, Mme Josette PONS, MM. Didier QUENTIN, Bernard REYNÈS, Martial SADDIER, François SCELLIER, Mme Claudine SCHMID, MM. André SCHNEIDER, Fernand SIRÉ, Thierry SOLÈRE, Éric STRAUMANN, Mme Michèle TABAROT, MM. Jean-Marie TETART, Dominique TIAN, Mme Catherine VAUTRIN, MM. Patrice VERCHÈRE, Philippe VITEL, Michel VOISIN, et Mme Marie-Jo ZIMMERMANN, députés.

LE CONSEIL CONSTITUTIONNEL,

Vu la Constitution ;

Vu l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 modifiée portant loi organique sur le Conseil constitutionnel ;

Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2012-653 DC du 9 août 2012 relative au traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance au sein de l'Union économique et monétaire, signé à Bruxelles le 2 mars 2012 ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu le code général des impôts ;

Vu le code monétaire et financier ;

Vu le code rural et de la pêche maritime ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu la loi n° 98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme ;

Vu la loi n° 2000-1353 du 30 décembre 2000 de finances rectificative pour 2000 ;

Vu l'ordonnance n° 2005-1087 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de la transfusion sanguine ;

Vu la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 ;

Vu la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé ;

Vu la directive n° 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ;

Vu les observations du Gouvernement, enregistrées le 10 décembre 2012 ;

Le rapporteur ayant été entendu ;

1. Considérant que les sénateurs et les députés requérants défèrent au Conseil constitutionnel la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, qu'ils contestent ses articles 55, 57, 58 et 60 ; que les sénateurs requérants contestent, en outre, ses articles 12, 37, 56 et 72 ; que les députés requérants mettent également en cause sa sincérité et contestent ses articles 11, 25, 28 et 61 ;

– SUR LA SINCÉRITÉ DE LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE :

2. Considérant que les députés requérants soutiennent que la loi de financement de la sécurité sociale est insincère en ce qu'elle est fondée sur des hypothèses de croissance irréalistes au regard de la situation économique et sociale ; qu'en fixant à 2,7 % l'évolution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année 2013, cette loi serait, en outre, en contradiction avec les engagements de maîtrise des finances publiques de la France ; qu'ils soutiennent, enfin, qu'à la suite de la décision n° 2012-653 DC du 9 août 2012, le contrôle de la sincérité de la loi de financement de la sécurité sociale ne saurait être limité à l'absence d'intention de fausser les grandes lignes de l'équilibre qu'elle détermine ;

3. Considérant, en premier lieu, que les dispositions organiques adoptées à la suite de la décision du Conseil constitutionnel du 9 août 2012 relative au traité sur la stabilité, la coordination et la gouvernance au sein de l'Union économique et monétaire ne sont pas entrées en vigueur ;

4. Considérant, en second lieu, qu'aux termes de la première phrase du 2° du C du paragraphe I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, la loi de financement de la sécurité sociale « détermine, pour l'année à venir, de manière sincère, les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale compte tenu notamment des conditions économiques générales et de leur évolution prévisible » ; qu'il en résulte que la sincérité de la loi de financement de la sécurité sociale de l'année se caractérise par l'absence d'intention de fausser les grandes lignes de l'équilibre qu'elle détermine ;

5. Considérant qu'il ne ressort pas des éléments soumis au Conseil constitutionnel que les hypothèses économiques sur lesquelles est fondée la loi de financement de la sécurité sociale soient entachées d'une intention de fausser les grandes lignes de l'équilibre de la loi déferée ;

6. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que le grief tiré du défaut de sincérité de la loi de financement de la sécurité sociale doit être écarté ;

– SUR LES PARAGRAPHERS I À III DE L'ARTICLE 11 :

7. Considérant que les dispositions des paragraphes I à III de l'article 11 modifient les règles relatives à l'assiette des cotisations d'assurance maladie à la charge des travailleurs indépendants non

agricoles ; qu'elles ont principalement pour objet de supprimer le plafonnement de cette assiette ;

8. Considérant que, selon les députés requérants, la suppression du plafonnement de l'assiette des cotisations d'assurance maladie à la charge des travailleurs indépendants conduit à ce que les cotisations versées sur la fraction d'assiette excédant les limites du plafond actuel de cotisation ont les caractéristiques d'une imposition de toute nature ; que le législateur aurait méconnu l'étendue de sa compétence en ne fixant pas lui-même le taux de ces cotisations ;

9. Considérant que les députés requérants font également valoir qu'en procédant à un déplafonnement de l'assiette des cotisations d'assurance maladie à la charge des travailleurs indépendants non agricoles, le législateur porte atteinte à l'égalité devant les charges publiques, d'une part, entre les travailleurs indépendants et les salariés et, d'autre part, entre les travailleurs indépendants non agricoles selon qu'ils remplissent ou non les conditions de résidence en France ou selon qu'ils perçoivent ou non leurs revenus en France ; que ce déplafonnement rendrait également inconstitutionnelle la deuxième phrase du second alinéa de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale ;

10. Considérant qu'aux termes de l'article 34 de la Constitution : « La loi détermine...les principes fondamentaux...de la sécurité sociale » ; qu'en vertu du premier alinéa de l'article 37 de la Constitution, il appartient au pouvoir réglementaire de déterminer les modalités de mise en œuvre des principes fondamentaux posés par le législateur ;

11. Considérant qu'aux termes de l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « La loi... doit être la même pour tous, soit qu'elle protège, soit qu'elle punisse » ; 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 ; qu'il n'en résulte pas pour autant que le principe d'égalité oblige à traiter différemment des personnes se trouvant dans des situations différentes ;

12. Considérant, en premier lieu, que les cotisations d'assurance maladie à la charge des travailleurs indépendants non agricoles sont des cotisations ouvrant des droits aux prestations et avantages servis par le régime obligatoire de sécurité sociale des travailleurs indépendants ; qu'en faisant porter ces cotisations sur une assiette correspondant à l'ensemble

des revenus des travailleurs indépendants les dispositions contestées n'ont pas modifié leur nature de cotisations ; que, par suite, ces cotisations ne relèvent pas de la catégorie des impositions de toutes natures au sens de l'article 34 de la Constitution ; que le législateur pouvait, sans méconnaître l'étendue de sa compétence, renvoyer au pouvoir réglementaire le soin de fixer leur taux ;

13. Considérant, en deuxième lieu, que les cotisations dont l'assiette est modifiée par les dispositions contestées résultent de l'affiliation au régime obligatoire de sécurité sociale des travailleurs indépendants non agricoles ; que la différence de traitement entre les travailleurs indépendants et les travailleurs salariés pour l'assujettissement aux cotisations de sécurité sociale est inhérente aux modalités selon lesquelles se sont progressivement développées les assurances sociales en France, à la diversité corrélative des régimes ainsi qu'au choix du partage de l'obligation de versement des cotisations sociales entre employeurs et salariés ; que, dès lors, le grief tiré d'une rupture du principe d'égalité entre ces deux catégories de personnes doit être écarté ;

14. Considérant, en troisième lieu, que les dispositions contestées modifient les règles d'assiette des cotisations d'assurance maladie des travailleurs indépendants non agricoles ; que le second alinéa de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale a pour objet de soumettre à des taux particuliers de cotisations sociales les assurés d'un régime français d'assurance maladie qui ne remplissent pas les conditions de résidence en France ainsi que ceux qui sont exonérés en tout ou partie d'impôts directs au titre de leurs revenus d'activité ou de remplacement en application d'une convention ou d'un accord international ; que la conformité à la Constitution d'une loi déjà promulguée peut être appréciée à l'occasion de l'examen des dispositions législatives qui la modifient, la complètent ou affectent son domaine ; qu'en l'espèce les dispositions contestées de l'article 11 ont pour effet d'affecter le domaine d'application des dispositions de la deuxième phrase du second alinéa de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale ;

15. Considérant qu'en soumettant à un régime dérogatoire de taux de cotisations certains des assurés d'un régime français d'assurance maladie, la deuxième phrase du second alinéa de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale crée une rupture d'égalité entre les assurés d'un même régime qui ne repose pas sur une différence de situation en lien avec l'objet de la contribution sociale ; que, par suite, les dispositions de la deuxième phrase du second alinéa de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale doivent être déclarées contraires à la Constitution ;

16. Considérant, que les dispositions des paragraphes I à III de l'article 11 sont conformes à la Constitution ;

– SUR L'ARTICLE 12 :

17. Considérant que l'article 12 a pour objet de modifier la définition des redevables de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés ainsi que celle de l'assiette de cette contribution ; qu'il modifie également les règles d'affectation du produit de cette contribution ;

18. Considérant que, selon les sénateurs requérants, en prévoyant que les entreprises d'assurance seront taxées sur le résultat net positif annuel de leurs opérations sur devises et de leurs ajustements sur opérations à capital variable, le législateur aurait fondé son appréciation de la capacité contributive de ces entreprises sur des critères qui ne seraient ni objectifs ni rationnels au regard des buts poursuivis ; qu'il en résulterait également une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques entre les sociétés connaissant une alternance de résultats nets annuels positifs et négatifs et celles connaissant une succession de résultats nets positifs ;

19. Considérant qu'aux termes de l'article 13 de la Déclaration 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 » ; qu'en vertu de 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 ; 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 ; que cette appréciation ne doit cependant pas entraîner de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques ;

20. Considérant, en premier lieu, que la contribution sociale de solidarité des sociétés à la charge des entreprises du secteur des assurances porte sur une assiette modifiée qui inclut notamment le résultat net positif annuel, d'une part, de leurs opérations sur devises et, d'autre part, de leurs ajustements sur opérations à capital variable ; que le législateur a entendu prélever des recettes supplémentaires sur les entreprises du secteur des assurances en incluant dans l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés les résultats nets annuels correspondant à certaines opérations spécifiques pratiquées régulièrement par les sociétés d'assurance ; que le Conseil constitutionnel n'a pas un pouvoir général d'appréciation et de

décision de même nature que celui du Parlement ; qu'il ne saurait 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 à l'objectif visé ; qu'en élargissant l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés pour les entreprises du secteur des assurances, le législateur a établi une assiette en lien avec les capacités contributives de ces entreprises ;

21. Considérant, en second lieu, que la contribution sociale de solidarité des sociétés est annuelle ; que son assiette correspond au chiffre d'affaires des sociétés qui y sont assujetties au titre de chaque année ; que s'agissant des entreprises du secteur des assurances, cette définition du chiffre d'affaires est celle figurant au 1 du paragraphe VI de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts ; qu'en ajoutant à cette définition une exigence de prise en compte du résultat net positif annuel de certaines opérations, le législateur a retenu des critères objectifs et rationnels en relation avec le caractère annuel de la taxation et avec la définition de l'autre fraction de l'assiette assujettie à cette contribution ;

22. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les griefs tirés de la méconnaissance du principe d'égalité devant les charges publiques doivent être écartés ; que l'article 12 est conforme à la Constitution ;

– SUR L'ARTICLE 25 :

23. Considérant que l'article 25 insère dans la section VI du chapitre I<sup>er</sup> du titre III de la première partie du livre I<sup>er</sup> du code général des impôts un article 520 D ; que cet article institue une contribution perçue sur les « boissons énergisantes » conditionnées dans des récipients pour la vente au détail et destinées à la consommation humaine ; que cette contribution dont le taux est fixé à 50 euros par hectolitre est principalement due par les fabricants de ces boissons établis en France, leurs importateurs et les personnes qui réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit ;

24. Considérant que le produit de la contribution prévue par l'article 520 D du code général des impôts est affecté au financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles ;

25. Considérant que, selon les députés requérants, l'assiette de la contribution spécifique créée par l'article 25 n'est pas définie en fonction de critères objectifs et rationnels en relation directe avec l'objectif invoqué ; que l'objectif de santé publique de lutte contre la consommation

d'alcool chez les jeunes ne saurait en effet justifier une mesure pénalisant les « boissons énergisantes » ; que ces dispositions méconnaîtraient le principe d'égalité devant la loi et les charges publiques ;

26. Considérant qu'il ressort des travaux parlementaires qu'en instituant cette contribution spécifique le législateur a entendu limiter la consommation de « boissons énergisantes » riches en caféine ou en taurine qui, mélangées à de l'alcool, auraient des conséquences néfastes sur la santé des consommateurs, en particulier des plus jeunes ; qu'en taxant des boissons ne contenant pas d'alcool à des fins de lutte contre la consommation alcoolique des jeunes, le législateur a établi une imposition qui n'est pas fondée sur des critères objectifs et rationnels en rapport avec l'objectif poursuivi ; que, par suite, il a méconnu les exigences de l'article 13 de la Déclaration de 1789 ;

27. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'article 25 est contraire à la Constitution ;

– SUR L'ARTICLE 28 :

28. Considérant que l'article 28 modifie les articles L. 245-2 et L. 245-5-2 du code de la sécurité sociale ; qu'il a notamment pour objet d'étendre l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux aux frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris aux dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent ; qu'il étend également cette contribution aux charges comptabilisées au titre des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3° des articles précités ;

29. Considérant que, selon les députés requérants, en traitant de manière indifférenciée, du point de vue de la taxation, les congrès « scientifiques », les congrès « publicitaires » et les « manifestations de même nature », alors que toutes ces manifestations ne participent pas de la même manière aux dépenses d'assurance maladie, le législateur a méconnu le principe d'égalité devant les charges publiques ; qu'il aurait également porté atteinte au droit à l'information des professionnels de santé, composante du principe de protection de la santé publique ; que serait, en outre, méconnu l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi ;

30. Considérant, en premier lieu, qu'en étendant l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des

dispositifs médicaux aux frais de congrès « scientifiques ou publicitaires » et aux autres « manifestations de même nature », le législateur a entendu prendre en compte l'ensemble de ces dépenses de promotion, qu'elles soient directes ou indirectes ; qu'il a, en conséquence, soumis aux mêmes règles l'ensemble des manifestations au cours desquelles s'effectue la promotion d'un médicament ou d'un produit de santé admis au remboursement ; qu'ainsi, il n'a méconnu ni le principe d'égalité devant la loi ni le principe d'égalité devant les charges publiques ;

31. Considérant, en deuxième lieu, que les dispositions contestées n'ont ni pour objet ni pour effet de porter atteinte au droit à l'information des professionnels de santé ;

32. Considérant, en troisième lieu, qu'ainsi qu'il résulte des travaux parlementaires, la contribution qui sera due en 2013 sera fixée en fonction de l'assiette déterminée au titre de l'exercice 2012 ; que les dispositions contestées ne sont pas entachées d'inintelligibilité ;

33. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'article 28 de la loi déferée doit être déclaré conforme à la Constitution ;

– SUR L'ARTICLE 37 :

34. Considérant que l'article 37 procède à une réforme du financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la mutualité sociale agricole ; que, notamment, il complète l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime relatif aux missions de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole par un 12° aux termes duquel cette caisse a pour mission « d'assurer la gestion commune de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 ainsi que celle des groupements mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-14. L'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des non-salariés agricoles est assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable, dans des conditions fixées par décret » ; qu'en outre, le 3 du paragraphe III de ce même article 37 dispose : « Au 31 décembre 2013, la propriété des réserves antérieurement constituées par les organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural et de la pêche maritime et par le groupement mentionné à l'article L. 731-31 du même code est transférée à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Ce transfert ne donne pas lieu à perception de droits, impôts ou taxes de quelque nature que ce soit. Un décret arrête le montant des réserves concernées » ;

35. Considérant que, selon les sénateurs requérants, le transfert à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole des réserves constituées par le groupement mentionné à l'article L. 731-31 du code rural et de la pêche maritime constitue une privation de propriété contraire aux exigences de l'article 17 de la Déclaration de 1789 ;

36. Considérant qu'aux termes de l'article 17 de la Déclaration de 1789 : « La propriété étant un droit inviolable et sacré, nul ne peut en être privé, si ce n'est lorsque la nécessité publique, légalement constatée, l'exige évidemment, et sous la condition d'une juste et préalable indemnité » ;

37. Considérant que l'article L. 731-30 du code rural et de la pêche maritime dispose que les personnes salariées des professions agricoles et assimilées énumérées par l'article L. 722-20 du même code « sont assurées, à leur choix, soit par les caisses de la mutualité sociale agricole, soit par tous organismes d'assurances mentionnés à l'article L. 771-1 ou au code de la mutualité, ou par tous autres organismes d'assurances, dès lors, d'une part, que lesdits organismes auront été habilités par arrêtés de leurs ministres de tutelle respectifs et, d'autre part, qu'ils auront adhéré au règlement prévu à l'article L. 731-34 » ; que l'article L. 731-31 du même code dispose : « Les organismes assureurs, en fonction de leur statut propre, devront se grouper par catégories, en vue de l'accomplissement de leurs obligations légales et réglementaires, notamment en ce qui concerne le respect des clauses des contrats, l'application des tarifs, l'exercice du contrôle médical et les opérations de compensation » ;

38. Considérant que, si le Gouvernement soutient que les dispositions contestées portent sur la gestion de réserves d'un régime de sécurité sociale, il ressort des termes mêmes du 3 du paragraphe III de l'article 37 que ces dispositions ont pour objet de transférer à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole « la propriété des réserves antérieurement constituées » par le groupement des assureurs précités ; qu'aucune disposition n'assure que les exigences de l'article 17 de la Déclaration de 1789 ne sont pas méconnues ; que, par suite, le 3 de ce paragraphe III doit être déclaré contraire à la Constitution ; qu'au sixième alinéa de l'article 37, la référence à l'article L. 731-30 du code rural, qui n'en est pas séparable, doit également être déclarée contraire à la Constitution ;

39. Considérant que, pour le surplus, les dispositions de l'article 37 doivent être déclarées conformes à la Constitution ;

– SUR L'ARTICLE 55 :

40. Considérant que les paragraphes I et II de l'article 55 ont pour objet d'interdire la publicité en faveur de médicaments dont la dénomination est la reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires de l'assurance maladie ; que son paragraphe III introduit une dérogation à l'interdiction de publicité en faveur des dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ; que son paragraphe IV crée une sanction financière applicable en cas de manquement aux règles relatives au retrait d'autorisation de publicité ou d'interdiction de publicité en faveur des dispositifs médicaux ; que son paragraphe V précise les modalités d'entrée en vigueur des paragraphes I et II ;

41. Considérant que les sénateurs et députés requérants contestent la place de cet article en loi de financement de la sécurité sociale ; que les députés requérants contestent également la définition trop imprécise des spécialités pharmaceutiques non remboursables incluses dans le champ de l'interdiction de la publicité, qui violerait tant le principe de la légalité des délits et des peines que l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi ;

42. Considérant, en premier lieu, que les paragraphes I, II, III et V de l'article 55 n'ont pas d'effet, ou ont un effet trop indirect, sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement ; que, par suite, ils ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale ;

43. Considérant, en second lieu, que, d'une part, le paragraphe IV de l'article 55 institue une pénalité financière dont le produit est recouvré par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie ; que cette disposition a un effet sur les recettes des régimes obligatoires de base ; que, par suite, elle trouve sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale ;

44. Considérant que, d'autre part, sont énoncées en des termes suffisamment clairs et précis les règles dont l'absence de respect est sanctionnée ainsi que la pénalité financière qui est encourue ; que le principe de la légalité des délits et des peines n'est donc pas méconnu par le paragraphe IV de l'article 55 ; que n'est pas non plus méconnu l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi ;

45. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les paragraphes I, II, III et V de l'article 55 sont contraires à la Constitution ; que, pour le surplus, l'article 55 est conforme à la Constitution ;

– SUR L'ARTICLE 56 :

46. Considérant que l'article 56 insère un article L. 162-16-4-1 dans le code de la sécurité sociale ; qu'il prévoit que le prix de vente des allergènes préparés spécialement pour un seul individu, définis à l'article L. 4211-6 du code de la santé publique et pris en charge par les organismes d'assurance maladie, est établi par convention entre la personne autorisée à les préparer et à les délivrer et le Comité économique des produits de santé ou, à défaut, par décision du comité sauf opposition conjointe des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité ; que ce même article renvoie à un décret en Conseil d'État le soin de déterminer ses conditions d'application et notamment les procédures et délais de fixation du prix, ainsi que les règles selon lesquelles certains de ces allergènes peuvent être exclus de la prise en charge par l'assurance maladie ;

47. Considérant que, selon les sénateurs requérants, cet article méconnaît le domaine des lois de financement de la sécurité sociale ;

48. Considérant que les allergènes préparés spécialement pour un seul individu définis à l'article L. 4211-6 du code de la santé publique sont des médicaments autorisés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé après avis de l'Académie nationale de médecine ; que ces préparations d'allergènes ne sont pas, comme les autres médicaments, évaluées par la commission de transparence de la Haute autorité de santé avant leur inscription au remboursement ; que les dispositions contestées ont pour objet d'établir la procédure et les modalités de fixation de leur prix ; que ces mêmes dispositions renvoient à un décret en Conseil d'État le soin de déterminer notamment les règles selon lesquelles certains de ces allergènes peuvent être exclus de la prise en charge par l'assurance maladie ; qu'ainsi ces dispositions ont un effet direct sur les dépenses des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale ou des organismes concourant à leur financement ; que, par suite, elles ne sont pas étrangères au domaine des lois de financement de la sécurité sociale ;

49. Considérant que l'article 56, qui ne méconnaît aucune exigence constitutionnelle, doit être déclaré conforme à la Constitution ;

– SUR L'ARTICLE 57 :

50. Considérant que l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique définit les cas et conditions dans lesquels une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à une autorisation de mise sur le marché ; que le paragraphe I de cet article réserve cette possibilité à « l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation » et sous réserve, notamment, que l'indication ou les conditions d'utilisation considérées aient fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé ;

51. Considérant que l'article 57 a pour objet d'étendre à des cas où il existe une alternative thérapeutique à cette indication la possibilité d'adopter une recommandation temporaire d'utilisation pour une spécialité pharmaceutique ; que son paragraphe I complète l'article L. 5121-12-1 précité par un paragraphe V qui dispose : « Par dérogation au I et à titre exceptionnel, en présence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché, une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation établie dans les conditions prévues aux I à IV. Cette recommandation temporaire d'utilisation ne peut être établie que dans l'objectif soit de remédier à un risque avéré pour la santé publique, soit d'éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie » ; que son paragraphe II modifie le code de la sécurité sociale et y insère notamment un article L. 162-17-2-2 afin de permettre la prise en charge par l'assurance maladie de ces spécialités pharmaceutiques ;

52. Considérant que, selon les députés requérants, ces dispositions n'ont pas leur place en loi de financement de la sécurité sociale ; qu'elles conduiraient à éluder, pour des motifs purement financiers, le contrôle de l'efficacité thérapeutique du médicament qui résulte de l'autorisation de mise sur le marché ; qu'il serait en outre contradictoire d'étendre le recours aux recommandations temporaires d'utilisation aux cas de risque avéré pour la santé publique alors qu'il existe une alternative appropriée ; qu'il en résulterait une atteinte au principe d'égalité des patients devant la santé selon le médicament par lequel ils seront traités et une méconnaissance de la protection constitutionnelle du droit à la santé ; que l'imprécision de la notion « d'impact significatif sur les finances de l'assurance maladie » méconnaîtrait l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi ; que ces dispositions auraient pour effet de

décourager la recherche médicale dans des conditions portant atteinte à la liberté d'entreprendre ; qu'enfin, ces dispositions méconnaîtraient l'objectif de valeur constitutionnelle de transposition des directives dans la mesure où elles seraient contraires à la directive n° 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 susvisée ;

53. Considérant qu'il résulte des travaux parlementaires qu'en adoptant les dispositions contestées, le législateur a entendu permettre de faire obstacle à certaines pratiques restrictives de concurrence consistant, de la part du demandeur ou du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché, à limiter les indications thérapeutiques définies par cette autorisation ou à refuser leur extension ; que ces pratiques ont notamment pour effet d'aggraver les dépenses d'assurance maladie ; que le législateur a ainsi poursuivi un but de maîtrise de ces dépenses ;

54. Considérant, en premier lieu, que compte tenu de l'incidence attendue des dispositions contestées sur les dépenses d'assurance maladie, ces dispositions trouvent leur place en loi de financement de la sécurité sociale ;

55. Considérant, en deuxième lieu, que la protection constitutionnelle du droit de propriété et de la liberté d'entreprendre ne s'oppose pas à ce que le législateur définisse les conditions dans lesquelles les indications thérapeutiques d'une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché peuvent être modifiées ;

56. Considérant, en troisième lieu, que, contrairement à ce que soutiennent les députés requérants, les dispositions contestées n'ont pas pour objet d'assurer la transposition de la directive 2001/83/CE ; que, par suite, le grief tiré de la violation de l'article 88-1 de la Constitution doit être écarté ;

57. Considérant, en quatrième lieu, que, d'une part, les dispositions contestées sont relatives aux conditions dans lesquelles des médicaments peuvent être prescrits en dehors du champ défini par l'autorisation de mise sur le marché ; qu'elles ne modifient pas le principe, fixé par l'article L. 5121-12-1 précité, selon lequel une recommandation temporaire d'utilisation ne peut être délivrée que pour une spécialité pharmaceutique ayant fait l'objet d'une telle autorisation ; que, par suite, elles n'ont ni pour objet ni pour effet de permettre qu'un médicament puisse être mis sur le marché sans avoir bénéficié d'une autorisation à cette fin ;

58. Considérant que, d'autre part, les recommandations temporaires d'utilisation autorisées par le paragraphe V de l'article

L. 5121-12-1 sont établies dans les conditions prévues aux paragraphes I à IV de ce même article ; qu'elles sont établies par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ; qu'elles sont élaborées dans des conditions définies par décret en Conseil d'État ; qu'il appartient notamment au décret en Conseil d'État de fixer les modalités selon lesquelles l'efficacité thérapeutique justifiant cette recommandation est établie ; qu'enfin, le prescripteur doit informer le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché et motiver sa prescription dans le dossier médical du patient ;

59. Considérant que, par suite, ces dispositions ne portent pas atteinte aux exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 relatives à la protection de la santé ;

60. Considérant, en cinquième lieu, qu'il incombe au législateur d'exercer pleinement la compétence que lui confie la Constitution et, en particulier, son article 34 ; que le plein exercice de cette compétence, ainsi que l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi, qui découle des articles 4, 5, 6 et 16 de la Déclaration de 1789, lui imposent d'adopter des dispositions suffisamment précises et des formules non équivoques ; que, s'il appartient à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé d'apprécier, sous le contrôle de la juridiction compétente, les situations de fait correspondant à la notion « d'impact significatif sur les finances de l'assurance maladie », cette notion ne revêt pas un caractère équivoque ou ambigu ;

61. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que les dispositions de l'article 57, qui ne portent aucune atteinte au principe d'égalité, doivent être déclarées conformes à la Constitution ;

– SUR L'ARTICLE 58 :

62. Considérant que le paragraphe I de l'article 58 instaure de nouvelles règles restreignant l'information par démarchage et la prospection pour les produits de santé effectuées dans les établissements de santé ; que ses paragraphes II et III confient respectivement au directeur de l'établissement public de santé et au représentant légal de l'établissement privé de santé la définition des modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé ; que son paragraphe IV prévoit la remise au Parlement d'un rapport dressant le bilan de la nouvelle législation ; que son paragraphe V supprime l'expérimentation relative à

l'information par démarchage ou à la prospection pour les produits de santé prévue par le paragraphe I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 susvisée ;

63. Considérant que les sénateurs et députés requérants contestent la place de cet article en loi de financement de la sécurité sociale ; que les députés requérants font également valoir que la restriction des possibilités de présentation de leurs spécialités pharmaceutiques par les entreprises porterait une atteinte à la liberté d'entreprendre ainsi qu'au droit de propriété disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi ; que la restriction des possibilités d'information des professionnels de santé en établissements, en privant ceux-ci d'informations nécessaires, porterait atteinte à l'exigence constitutionnelle de protection de la santé ; que l'article serait également contraire à l'exigence de transposition des directives communautaires ;

64. Considérant que les dispositions de l'article 58 n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement et ne relèvent pas non plus des autres catégories mentionnées au paragraphe V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ; que, par suite, elles ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale ;

65. Considérant que, sans qu'il soit besoin d'examiner les autres griefs, l'article 58 est contraire à la Constitution ;

– SUR L'ARTICLE 60 :

66. Considérant que l'article 60 insère notamment dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-22-9-1 aux termes duquel : « I. – Les tarifs nationaux des prestations mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 des établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6 peuvent être minorés par l'application d'un coefficient, de manière à concourir au respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégorie d'établissements.

« II. – Au regard notamment de l'avis mentionné à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'État peut décider de verser aux établissements de santé tout ou partie du montant correspondant à la différence entre les montants issus de la valorisation de l'activité des établissements par les tarifs mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-22-10 et ceux issus de la valorisation de cette même activité par les tarifs minorés du coefficient mentionné au I du présent article » ;

67. Considérant que, selon les députés et sénateurs requérants, en permettant de faire varier le coefficient de minoration des tarifs nationaux des établissements de santé selon les catégories d'établissements, le législateur a institué des différences de traitement fondées exclusivement sur les différences de statut juridique des établissements alors que l'évolution des dépenses de santé ne dépendrait « qu'à la marge » de la structure juridique des établissements de santé et que d'autres critères seraient « significativement plus pertinents » ; que le législateur aurait ainsi méconnu le principe d'égalité devant la loi ; qu'en omettant d'encadrer les conditions de variation de ce coefficient et en renvoyant au décret la fixation des modalités de calcul selon lesquelles pourra être reversé, en tout ou partie, le montant différentiel résultant de cette minoration, le législateur aurait, en outre, méconnu l'étendue de sa compétence ;

68. Considérant, en premier lieu, que le 1° du paragraphe I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale dispose que les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code servant de base au calcul de la participation de l'assuré, « peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical » ; que le paragraphe II *bis* de ce même article dispose : « Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'État peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations » ; qu'il ressort de ces dispositions que les tarifs nationaux des prestations des établissements de santé mentionnés au 1° du paragraphe I de cet article sont fixés et peuvent varier différemment selon les catégories d'établissements ; qu'en complétant ces dispositions par l'institution d'un coefficient de minoration qui pourra varier selon les catégories d'établissements, le législateur s'est fondé sur des différences de situation en lien direct avec l'objet de la loi ; que le grief tiré de l'atteinte au principe d'égalité doit être écarté ;

69. Considérant, en second lieu, que ni les modalités de détermination de la variation du coefficient de minoration des tarifs ni les modalités de calcul de la partie du montant différentiel résultant de cette minoration qui peut être reversée ne mettent en cause les principes

fondamentaux de la sécurité sociale ou aucun autre des principes fondamentaux ou règles que la Constitution place dans le domaine de la loi ; que, par suite, en ne fixant pas lui-même ces modalités, le législateur n'a pas méconnu l'étendue de sa compétence ;

70. Considérant que l'article 60, qui ne méconnaît aucune autre exigence constitutionnelle, doit être déclaré conforme à la Constitution ;

– SUR L'ARTICLE 61 :

71. Considérant que l'article 61 modifie l'article L. 213-3 du code monétaire et financier afin de permettre aux centres hospitaliers régionaux dont la liste est fixée par décret de procéder à l'émission de billets de trésorerie, dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret ;

72. Considérant que les députés requérants contestent la place de cette disposition en loi de financement de la sécurité sociale ;

73. Considérant que cette disposition est relative à la trésorerie d'organismes qui gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ; que, si les dispositions relatives aux organismes qui gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie peuvent figurer en loi de financement, toutefois, les dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité de ces organismes ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale ; que, par suite, l'article 61 ne trouve pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale ;

74. Considérant que, par suite, l'article 61 est contraire à la Constitution ;

– SUR L'ARTICLE 72 :

75. Considérant que l'article 72 de la loi déferée modifie les articles L. 1142-22, L. 1142-23, L. 1142-24-3 et L. 1221-14 du code de la santé publique et l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 susvisée ;

76. Considérant que le 1° du paragraphe I de l'article 72 modifie l'article L. 1142-22 du code de la santé publique pour élargir les missions de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) à

l'indemnisation amiable des victimes du virus de l'hépatite B et du virus T-lymphotropique humain transmis par voie transfusionnelle ; que le *a* du 4° du même paragraphe, qui modifie l'article L. 1221-14 du même code, prévoit que les victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain causé par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang sont indemnisées par l'ONIAM au titre de la solidarité nationale et que celui-ci pourra exercer une action subrogatoire contre la personne responsable, que celle-ci ait ou non commis une faute ; qu'en vertu du *d* du 4° du même paragraphe, lorsque l'ONIAM a indemnisé une victime, il peut directement demander à être garanti des sommes qu'il a versées par les assureurs des structures reprises par l'Établissement français du sang (EFS) en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1<sup>er</sup> juillet 1998 susvisée, de l'article 60 de la loi n° 2000-1353 du 30 décembre 2000 susvisée et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 susvisée, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute ; que le paragraphe III de cet article 72 prévoit que ces dispositions s'appliquent aux actions juridictionnelles engagées à compter de la date du 1<sup>er</sup> juin 2010 sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée ;

77. Considérant que le paragraphe II de l'article 72 modifie le paragraphe IV de l'article 67 de la loi du 17 décembre 2008 susvisée ; qu'il prévoit que, lorsque dans le cadre du régime transitoire prévu par ces dispositions, l'ONIAM a indemnisé une victime et le cas échéant remboursé des tiers payeurs, il peut directement demander à être garanti des sommes qu'il a versées par les assureurs des structures reprises par l'Établissement français du sang ; que le paragraphe III de l'article 72 prévoit que ces dispositions s'appliquent aux actions juridictionnelles en cours à la date du 1<sup>er</sup> juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée ;

78. Considérant que, selon les sénateurs requérants, ces dispositions portent atteinte au principe de la liberté contractuelle et au respect des conventions légalement conclues en ce qu'elles substituent l'ONIAM à l'EFS pour les droits et obligations résultant des contrats d'assurance de ce dernier ; qu'elles méconnaîtraient également le principe de non-rétroactivité des lois ainsi que le principe d'égalité devant la loi et les charges publiques ;

79. Considérant, en premier lieu, que le législateur ne saurait porter aux contrats légalement conclus une atteinte qui ne soit justifiée par un motif d'intérêt général suffisant sans méconnaître les exigences résultant des articles 4 et 16 de la Déclaration de 1789 ;

80. Considérant que, par les dispositions contestées, le législateur a voulu faciliter l'indemnisation amiable des victimes d'une contamination par le virus de l'hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang ; qu'à ce titre, il a confié à l'ONIAM le soin d'indemniser, au titre de la solidarité nationale, les victimes de préjudices résultant d'une telle contamination ; qu'il résulte des travaux parlementaires que le législateur a entendu renforcer la sécurité juridique des conditions dans lesquelles l'ONIAM peut exercer en lieu et place de l'EFS une action directe contre les assureurs des anciens centres de transfusion sanguine auxquels cet établissement a succédé ; que les dispositions contestées ont pour seul but de permettre à l'ONIAM de bénéficier des garanties prévues par les contrats d'assurance que les structures reprises par l'EFS avaient souscrits et qui sont toujours en vigueur ; qu'ainsi, les dispositions contestées ne modifient pas les conventions légalement conclues et se bornent à renvoyer à l'exécution des contrats déjà souscrits ; que, dès lors, le législateur n'a pas méconnu les exigences découlant des articles 4 et 16 de la Déclaration de 1789 ni, en tout état de cause, le principe de non-rétroactivité des lois ;

81. Considérant, en second lieu, que les assureurs dont la garantie est engagée à raison de contaminations par le virus de l'hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang et ceux qui couvrent un autre risque médical ne sont pas placés dans la même situation au regard de l'objet de la loi ; que, dès lors, le grief tiré de la méconnaissance du principe d'égalité devant la loi et les charges publiques doit être écarté ;

82. Considérant qu'il résulte de ce qui précède que l'article 72 doit être déclaré conforme à la Constitution ;

– SUR LES AUTRES DISPOSITIONS DE LA LOI :

. En ce qui concerne les dispositions adoptées en première lecture :

83. Considérant que le premier alinéa de l'article 47-1 de la Constitution dispose : « Le Parlement vote les projets de loi de financement de la sécurité sociale dans les conditions prévues par une loi organique » ;

84. Considérant que l'article 39 de la loi déferée a pour objet d'instaurer la certification des comptes de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

85. Considérant que cette disposition est relative à la comptabilité d'un organisme qui gère des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ; que, si les dispositions relatives aux organismes qui gèrent des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie peuvent figurer en loi de financement, les dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité de ces organismes ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale ; que, par suite, l'article 39 ne trouve pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale ;

86. Considérant que le paragraphe IV de l'article 24 prévoit la remise d'un rapport au Parlement sur les conditions de mise en place d'un dispositif parafiscal cohérent sur l'ensemble des boissons alcoolisées ; que l'article 74 prévoit la remise au Parlement d'un rapport présentant les résultats d'un audit sur le pilotage du dossier médical personnel et sa gestion par l'Agence des systèmes d'information partagés de santé ;

87. Considérant que ces dispositions n'ont pas pour objet d'améliorer l'information et le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale ; que, par suite, elles ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale ;

88. Considérant que l'article 54 autorise une expérimentation du tiers payant intégral pour les étudiants de trois villes universitaires ; que l'article 66 a pour objet de modifier les règles de prescription applicables aux factures des établissements médico-sociaux pour personnes handicapées ; que l'article 92 autorise une expérimentation du tiers payant pour le versement du complément de mode de garde ;

89. Considérant que ces dispositions n'ont pas d'effet ou ont un effet trop indirect sur les dépenses des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement et ne relèvent pas non plus des autres catégories mentionnées au paragraphe V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale ; que, par suite, elles ne trouvent pas leur place dans une loi de financement de la sécurité sociale ;

. En ce qui concerne les dispositions adoptées après la première lecture :

90. Considérant que le paragraphe IV de l'article 11 ouvre pour une période limitée la faculté pour les pédicures-podologues d'être affiliés au régime obligatoire de sécurité sociale des professions indépendantes ;

91. Considérant que le paragraphe VI de l'article 67 a pour objet de compléter le dispositif d'expérimentation sur les règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ;

92. Considérant que les dispositions des *b* à *g* du 3° du A et du 5° du B du paragraphe VIII de l'article 73 ont pour objet de modifier les règles relatives au fonctionnement du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins ;

93. Considérant que les amendements dont sont issues les dispositions susmentionnées ont été introduits en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale ; que ces adjonctions n'étaient pas, à ce stade de la procédure, en relation directe avec une disposition restant en discussion ; qu'elles n'étaient pas non plus destinées à assurer le respect de la Constitution, à opérer une coordination avec des textes en cours d'examen ou à corriger une erreur matérielle ; qu'il s'ensuit que le paragraphe IV de l'article 11, le paragraphe VI de l'article 67, les *b* à *g* du 3° du A et le 5° du B du paragraphe VIII de l'article 73 ont été adoptés selon une procédure contraire à la Constitution ; qu'ils doivent être déclarés contraires à cette dernière ;

94. Considérant qu'il n'y a lieu, pour le Conseil constitutionnel, de soulever d'office aucune autre question de conformité à la Constitution,

### D É C I D E :

Article 1<sup>er</sup>. – Sont déclarées contraires à la Constitution les dispositions suivantes de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 :

- le paragraphe IV de l'article 11 ;
- le paragraphe IV de l'article 24 ;
- l'article 25 ;
- à l'article 37, la référence à l'article L. 731-30 figurant au 12° de l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime et les mots : « et par le groupement mentionné à l'article L. 731-31 du même code » figurant au 3 du paragraphe III ;

- les articles 39 et 54 ;
- les paragraphes I, II, III et V de l’article 55 ;
- les articles 58, 61 et 66 ;
- le paragraphe VI de l’article 67 ;
- les *b* à *g* du 3° du A et le 5° du B du paragraphe VIII de l’article 73 ;
- l’article 74 ;
- l’article 92.

Article 2.– Les articles 12, 28, 56, 57, 60 et 72 de la même loi, ainsi que le surplus de ses articles 11, 37 et 55 sont conformes à la Constitution.

Article 3.– La deuxième phrase du second alinéa de l’article L. 131-9 du code de la sécurité sociale est contraire à la Constitution.

Article 4.– La présente décision sera publiée au *Journal officiel* de la République française.

Délibéré par le Conseil constitutionnel dans sa séance du 13 décembre 2012, où siégeaient : M. Jean-Louis DEBRÉ, Président, M. Jacques BARROT, Mme Claire BAZY MALAURIE, MM. Michel CHARASSE, Renaud DENOIX de SAINT MARC, Valéry GISCARD d’ESTAING, Mme Jacqueline de GUILLENCHMIDT, MM. Hubert HAENEL et Pierre STEINMETZ.