

Décision n° 2012 - 659 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Dossier documentaire complémentaire

Texte de certains articles, consolidation, travaux
parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Sur l'article 11 : alignement des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs non salariés non agricoles.....	3
II. Sur l'article 12 : Modernisation et simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur des assurances et clarification de l'affectation du produit des placements financiers de cette contribution.....	113
III. Sur l'article 25 : Introduction d'une contribution sur les boissons énergisantes.....	151
IV. Sur l'article 28 : Contribution sur les dépenses de médicaments....	189
V. Sur l'article 37 : Financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la Mutualité sociale agricole	218
VI. Sur l'article 55 : Mesures relatives à la publicité pour les produits de santé.....	273
VII. Sur l'article 56 : Prix de vente de certains allergènes	300
VIII. Sur l'article 57 : Elargissement de la recommandation temporaire d'utilisation.....	312
IX. Sur l'article 58 : Encadrement de la visite médicale à l'hôpital	350

X. Sur l'article 60 : Minoration des tarifs hospitaliers pour mise en réserve de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie.....	403
XI. Sur l'article 61 : Emission de titres de créances négociables par certains centres hospitaliers régionaux.....	424
XII. Sur l'article 72 : Indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux des victimes d'une hépatite transfusionnelle.....	449

Décision n° 2012 - 659 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 11

(Alignement des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs non salariés non agricoles)

Article, consolidation, travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article	5
II. Consolidation	7
III. Travaux parlementaires	11

Table des matières

I. Article	5
- (AN NL) Article 11	5
II. Consolidation	7
A. Code de la sécurité sociale	7
- Article L131-6	7
- Article L133-6-8	7
- Article L612-3	8
- Article L612-4	8
- Article L612-5 [nouveau]	9
- Article L612-9	9
- Article L612-13	9
- Article L722-4	10
- Article L756-3	10
- Article L756-4	10
- Article L756-5	10
III. Travaux parlementaires	11
A. Première lecture	11
1. Assemblée nationale	11
a. Projet de loi n° 287, déposé le 10 octobre 2012.....	11
1 - Texte du projet de loi initial	11
2 - Exposé des motifs.....	12
b. Amendements examinés par la commission des affaires sociales	13
1 - Amendements adoptés.....	13
- Amendement AS 212.....	13
- Amendement AS 213.....	13
- Amendement AS 214.....	13
- Amendement AS 215.....	13
- Amendement AS 203.....	14
2 - Amendements rejetés	14
- Amendement AS 32.....	14
- Amendement AS 42.....	15
- Amendement AS 50.....	15
- Amendement AS 52.....	15
- Amendement AS 33.....	16
- Amendement AS 51.....	16
3 - Amendements retirés.....	17
- Amendement AS 105.....	17
c. Rapport n°302 déposé le 17 octobre 2012 de M. BAPT.....	17
d. Amendements discutés par l'AN	32
1 - Amendements adoptés par l'AN	32
- Amendement n°758 présenté par le Gouvernement le 24 octobre 2012.....	32
- Amendements n°428, 429 rect., 430 et 427	33
e. Amendements rejetés par l'AN	33
- Amendement n°160 déposé par M. Straumann et M. Suguenot	33
- Amendement n°331 déposé par M. Philippe et autres.	33
- Amendement n° 734 déposé par M. Wauquiez et autres.	34
- Amendement n°161 déposé par M. Straumann et M. Suguenot	34
- Amendement n° 735déposé par M. Wauquiez, et autres.	35
- Amendement n°216 déposé par M. Heinrich, et autres.	35
- Amendement n° 218 déposé par Mme Le Callennec, et autres.	36
- Amendement n° 219déposé par Mme Louwagie, et autres.....	36
- Amendement n° 221 déposé par M. Morange, et autres.	37
- Amendement n° 112 déposé par M. Tian, et autres.	38
- Amendement n° 66 rect. déposé par M. Le Ray, et autres.....	38

- Amendement n° 203 déposé par M. Door, et autres.....	38
- Amendement n° 204 déposé par M. Reynès, et autres.....	39
- Amendement n°205 déposé par M. Sermier, et autres.....	40
- Amendement n°207 déposé par M. Warsmann, et autres.....	40
- Amendement n°209 déposé par M. Breton, et autres.....	41
- Amendement n° 211 déposé par M. Dalloz, et autres.....	41
- Amendement n° 215 déposé par M. Goujon, et autres.....	42
- Amendement n° 110 déposé par M. Tian, Mme Le Callennec, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel.....	43
- Amendement n° 202 rect. déposé par M. Door, et autres.....	43
- Amendement n°508 déposé par Mme Louwagie, et autres.....	44
- Amendement n°618 déposé par M. Zumkeller, et autres.....	44
- Amendement n°708 déposé par M. Braillard, M. Tourret et Mme Orliac.....	44
- Amendement n°111 déposé par M. Tian, Mme Le Callennec, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel.....	45
- Amendement n°333 déposé par M. Wauquiez, et autres.....	45
- Amendement n°550 déposé par M. Cherpion.....	46
- Amendement n°329 déposé par M. Philippe Armand Martin, et autres.....	46
- Amendement n°330 déposé par M. Philippe Armand Martin, et autres.....	47
f. Compte-rendu des débats – 1 ^{ère} séance du 24 octobre 2012.....	47
2. Sénat.....	66
a. Projet de loi.....	66
b. Rapport n°107 déposé le 7 novembre 2012, Tome VII de M. DAUDIGNY, Examen des articles 68.....	68
c. Avis n°104 déposé le 6 novembre 2012 par M. CAFFET.....	71
d. Compte-rendu des débats – séance du 13 novembre 2012.....	75
B. Commission mixte paritaire : désaccord.....	97
1. Rapport n°421 (AN) / n°137 (Sénat) au nom de la CMP chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, par MM. Bapt et Daudigny.....	97
C. Nouvelle lecture.....	97
1. Assemblée nationale.....	97
a. Amendements examinés en commission.....	97
1 - Amendements adoptés.....	97
- Amendement AS 127.....	97
2 - Amendements rejetés.....	98
- Amendement AS 90.....	98
- Amendement AS 91.....	98
b. Rapport n°430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Lévy.....	99
c. Amendements examinés par l'AN en deuxième lecture.....	100
1 - Amendement adopté.....	100
- Amendement n°260 déposé par le Gouvernement le 23 novembre 2012.....	100
2 - Amendements rejetés.....	100
- Amendement n°111 déposé par M. Tian, M. Hetzel, Mme Le Callennec, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel.....	100
- Amendement n° 110 déposé par M. Tian, M. Hetzel, Mme Le Callennec, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel.....	100
- Amendement n° 169 déposé par M. Door, et autres.....	101
- Amendement n° 112 déposé par M. Tian, Mme Le Callennec, M. Verchère et M. Vitel.....	101
- Amendement n° 170 déposé par M. Door, et autres.....	102
- Amendement n° 80 déposé par Mme Louwagie, et autres.....	103
d. Compte-rendu des débats AN – 1 ^{ère} séance du lundi 26 novembre 2012.....	103
e. Texte adopté par l'AN.....	105
2. Sénat.....	107
a. Rapport n°164 déposé le 27 novembre 2012 par M. DAUDIGNY.....	107

b. Compte-rendu des débats Sénat – Séance du 29 novembre 2012	107
c. Texte adopté par le Sénat (Aucun).....	107
D. Texte adopté.....	108

I. Article

- (AN NL) Article 11

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – L'article L. 131-6 est ainsi modifié :

1° La première phrase du deuxième alinéa est ainsi modifiée :

a) La seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par le signe : « , » ;

b) Sont ajoutés les mots : « et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues aux deuxième et dernier alinéas du 3° de l'article 83 du même code » ;

2° Le début de la première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigé : « Est également... (le reste sans changement). » ;

B. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-6-8 est complétée par les mots : « de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants » ;

C. – Après le mot : « par », la fin de la seconde phrase de l'article L. 612-3 est ainsi rédigée : « décret. » ;

D. – L'article L. 612-4 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Leur taux est fixé par décret.

« Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Pour les cotisations dues au titre de la première et de la deuxième année d'activité, le montant mentionné au deuxième alinéa peut faire l'objet d'une réduction. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par un décret, qui peut prévoir que les deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables, sous certaines conditions, aux cotisations dues par les personnes mentionnées aux articles L. 613-4 et L. 613-7 du présent code et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. » ;

E. – Il est rétabli un article L. 612-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 612-5. – Les cotisations prévues à l'article L. 612-4 à la charge des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret font l'objet d'une réduction.

« Lorsque le revenu d'activité est négatif ou nul, la réduction est maximale et est égale au produit du taux mentionné au premier alinéa du même article L. 612-4 et d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3. Lorsque le revenu d'activité est positif, la réduction décroît linéairement et devient nulle lorsque ce revenu est égal ou supérieur au seuil mentionné au premier alinéa du présent article.

« La réduction prévue au présent article ne s'applique qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 612-4 et dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à un montant fixé par décret.

« Le bénéfice de la réduction prévue au présent article ne peut être cumulé avec celui de tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable aux cotisations prévues au même article L. 612-4.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. » ;

F E bis. – Au second alinéa de l'article L. 612-9, les mots : « au dernier » sont remplacés par les mots : « à l'avant-dernier » ;

G F. – Le premier alinéa de l'article L. 612-13 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

« Ces cotisations supplémentaires ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré. » ;

H G. – La seconde phrase de l'article L. 722-4 est supprimée ;

I H. – À l'article L. 756-3, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité » ;

J I. – À la première phrase de l'article L. 756-4, le mot : « articles » est remplacé par les mots : « dispositions de l'article » et les mots : « employeurs et » sont supprimés ;

K J. – Au deuxième alinéa de l'article L. 756-5, la référence : « du dernier alinéa de l'article L. 131-6 » est remplacée par la référence : « de l'article L. 131-6-2 ».

II I bis. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la réduction prévue à l'article L. 612-5 du même code.

III II. – Le présent article s'applique aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2013, sous réserve des dispositions suivantes :

1° De manière transitoire, le montant des cotisations provisionnelles mentionnées à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014 par les travailleurs indépendants relevant de l'article 62 du code général des impôts est égal au montant des cotisations provisionnelles calculé pour ces mêmes années en application des règles antérieures à l'entrée en vigueur du présent article. Les revenus d'activité, tels que définis à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pris en compte pour ce calcul sont majorés de 11 %. Cette majoration ne peut être supérieure à la limite de réduction prévue au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts ;

2° De manière transitoire, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts, lorsque ces revenus sont perçus en 2013 et en 2014, qui est retenue pour la détermination du revenu d'activité non salarié en application du troisième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pour les personnes nouvellement soumises aux dispositions de ce même alinéa en application du 2° du A du I du présent article, est prise en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014. Ces revenus font l'objet d'une déclaration obligatoire, selon les modalités prévues au quatrième alinéa du même article L. 131-6-2, dans un délai de trente jours à compter de leur perception.

IV III. – Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale, la demande prévue à ce même alinéa est ouverte aux pédicures-podologues affiliés au régime mentionné à l'article L. 722-1 du même code à la date de publication de la présente loi. À cette fin, ils doivent adresser un courrier faisant état de leur choix à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du régime général dont ils dépendent et au régime social des indépendants au plus tard le 30 avril 2013. L'affiliation au régime social des indépendants prend effet à compter du 1er janvier 2013.

II. Consolidation

A. Code de la sécurité sociale

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 1er : Assiette et régime fiscal des cotisations

Section 5 : Cotisations sur les revenus d'activité des travailleurs non salariés des professions non agricoles

- Article L131-6

Les cotisations d'assurance maladie et maternité, d'allocations familiales et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles sont assises sur leur revenu d'activité non salarié.

Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, des exonérations et , du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts **et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues aux deuxième et dernier alinéas du 3° de l'article 83 du même code..** En outre, les cotisations versées aux régimes facultatifs mentionnées au second alinéa du I de l'article 154 bis du même code ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant le 13 février 1994.

Est également pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1er de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, ~~est également~~ prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant.

Pour les travailleurs indépendants non agricoles qui font application de la section 2 du chapitre VI du titre II du livre V du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'Etat précise les modalités d'application du présent alinéa.

Sont également pris en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, les revenus tirés de la location de tout ou partie d'un fonds de commerce, d'un établissement artisanal, ou d'un établissement commercial ou industriel muni du mobilier ou du matériel nécessaire à son exploitation, que la location, dans ce dernier cas, comprenne ou non tout ou partie des éléments incorporels du fonds de commerce ou d'industrie, lorsque ces revenus sont perçus par une personne qui réalise des actes de commerce au titre de l'entreprise louée ou y exerce une activité.

Chapitre 3 bis : Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations de sécurité sociale

Section 2 ter : Règlement simplifié des cotisations et contributions des travailleurs indépendants- Régime micro-social.

- Article L133-6-8

Par dérogation à l'article L. 131-6-2, les travailleurs indépendants bénéficiant des régimes définis aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts peuvent opter, sur simple demande, pour que l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale dont ils sont redevables soient calculées mensuellement ou trimestriellement en appliquant au montant de leur chiffre d'affaires ou de leurs revenus non commerciaux effectivement réalisés le mois ou le trimestre précédent un taux fixé par décret pour chaque catégorie d'activité mentionnée auxdits articles du code général des impôts **de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants.** Des taux différents peuvent être fixés par décret pour les périodes au cours desquelles le travailleur indépendant est éligible à une exonération de cotisations et de contributions de sécurité sociale. Ce taux ne peut être, compte tenu des taux d'abattement mentionnés aux articles 50-0 ou 102 ter du même code, inférieur à la somme des taux des contributions mentionnés à l'article L. 136-3 du présent code et à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

L'option prévue au premier alinéa est adressée à l'organisme mentionné à l'article L. 611-8 du présent code au plus tard le 31 décembre de l'année précédant celle au titre de laquelle elle est exercée et, en cas de création d'activité, au plus tard le dernier jour du troisième mois qui suit celui de la création. L'option s'applique tant qu'elle n'a pas été expressément dénoncée dans les mêmes conditions.

Le régime prévu par le présent article demeure applicable au titre des deux premières années au cours desquelles le chiffre d'affaires ou les recettes mentionnés aux articles 50-0 et 102 ter du code général des impôts sont dépassés.

Toutefois, ce régime continue de s'appliquer jusqu'au 31 décembre de l'année civile au cours de laquelle les montants de chiffre d'affaires ou de recettes mentionnés aux 1 et 2 du II de l'article 293 B du même code sont dépassés.

Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés

Titre 1 : Régime social des indépendants

Chapitre 2 : Financement de la branche assurance maladie et maternité

Section 1 : Généralités.

- Article L612-3

Il est institué au profit du régime d'assurance maladie-maternité institué par le présent titre une cotisation sociale de solidarité à la charge des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux conventionnés mentionnés à l'article L. 722-1. Le taux de cette cotisation additionnelle à la cotisation dont sont redevables personnellement les personnes assujetties en application des dispositions de l'article L. 722-4, ainsi que les modalités de son versement, sont fixés par ~~arrêté interministériel~~ **décret.**

Section 2 : Assiette et taux des cotisations - Exonérations.

- Article L612-4

~~Les cotisations sont calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.~~

Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Leur taux est fixé par décret.

Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

Pour les cotisations dues au titre de la première et de la deuxième année d'activité, le montant mentionné au deuxième alinéa peut faire l'objet d'une réduction.

Les cotisations des retraités sont calculées en pourcentage des allocations ou pensions de retraite servies pendant l'année en cours par les régimes de base et les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont précomptées sur ces allocations ou pensions ou, à défaut, évaluées à titre provisionnel et régularisées a posteriori.

~~Les conditions d'application du présent article, et notamment le taux et les modalités de calcul des cotisations, ainsi que les seuils d'exonération totale ou partielle sont fixés par décret.~~

Les conditions d'application du présent article sont fixées par un décret, qui peut prévoir que les deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables, sous certaines conditions, aux cotisations dues par les personnes mentionnées aux articles L. 613-4 et L. 613-7 du présent code et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles

- Article L612-5 [nouveau]

Les cotisations prévues à l'article L. 612-4 à la charge des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret font l'objet d'une réduction.

Lorsque le revenu d'activité est négatif ou nul, la réduction est maximale et est égale au produit du taux mentionné au premier alinéa du même article L. 612-4 et d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3. Lorsque le revenu d'activité est positif, la réduction décroît linéairement et devient nulle lorsque ce revenu est égal ou supérieur au seuil mentionné au premier alinéa du présent article.

La réduction prévue au présent article ne s'applique qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 612-4 et dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à un montant fixé par décret.

Le bénéfice de la réduction prévue au présent article ne peut être cumulé avec celui de tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable aux cotisations prévues au même article L. 612-4.

Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret

Section 3 : Recouvrement – Contrôle

- Article L612-9

Les cotisations sont recouvrées selon des modalités fixées par décret.

Les cotisations dues sur les allocations ou pensions de retraite prévues ~~au dernier~~ à l'**avant-dernier** alinéa de l'article L. 612-4 sont précomptées dans des conditions fixées par décret lors du versement par l'organisme débiteur de ces pensions ou allocations.

Section 5 : Dispositions diverses.

- Article L612-13

~~La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires fixées par décret et calculées selon les modalités prévues à l'article L. 612-4. Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses mutuelles régionales comportant des affiliés du groupe de professions considéré.~~

La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

Ces cotisations supplémentaires ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré.

Si l'équilibre financier entre cotisations supplémentaires et prestations supplémentaires versées par les caisses de base est rompu, la caisse nationale est tenue de proposer, après avis de la section professionnelle intéressée de son conseil d'administration, soit une augmentation des cotisations, soit une diminution des prestations ; en cas de carence de sa part, il y est pourvu d'office par décret.

Les dispositions de l'article L. 613-8 sont applicables au service des prestations supplémentaires.

Titre 2 : Régimes divers de non-salariés et assimilés

Chapitre 2 : Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès)

Section 2 : Financement - Cotisations.

- Article L722-4

Le financement des prestations prévues au présent chapitre est assuré par une cotisation des bénéficiaires assise sur les revenus qu'ils tirent de leurs activités professionnelles, appréciés en application de l'article L. 131-6. ~~Les revenus tirés des activités professionnelles qui ne sont pas réalisées dans le cadre des conventions, du règlement ou du régime d'adhésion personnelle mentionnés à l'article L. 722-1 sont pris en compte dans la limite du plafond fixé pour l'application de l'article L. 612-4.~~

Titre 5 : Départements d'outre-mer

Chapitre 6 : Régimes des travailleurs non salariés non agricoles

Section 2 : Assurance vieillesse

Sous-section 2 : Dispositions applicables aux professions artisanales, industrielles et commerciales.

- Article L756-3

Les personnes exerçant dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 une activité professionnelle non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, sont exonérées du versement de toute cotisation lorsque leur revenu ~~professionnel~~ **d'activité** ne dépasse pas un certain montant fixé par décret.

Section 3 : Cotisations et contributions des employeurs et travailleurs indépendants

- Article L756-4

Par dérogation aux ~~articles~~ **dispositions de l'article L. 242-11**, des premier et dernier alinéas de l'article L. 612-4 et du premier alinéa de l'article L. 633-10, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des ~~employeurs et~~ travailleurs indépendants exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 sont calculées, pour la partie des revenus inférieurs au plafond de la sécurité sociale, sur une assiette égale à la moitié des revenus concernés, sous réserve des dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11 et de celles de l'article L. 756-3. Les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 242-11 sont également applicables aux cotisations d'assurance maladie par dérogation à l'article L. 612-4.

- Article L756-5

Par dérogation aux dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 131-6-2, les cotisations d'allocations familiales, d'assurance maladie et d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants non agricoles exerçant leur activité dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, sont calculées, à titre définitif, sur la base du revenu d'activité de l'avant-dernière année ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires.

Par dérogation aux dispositions ~~du dernier alinéa de l'article L. 131-6~~ **de l'article L. 131-6-2**, la personne débutant l'exercice d'une activité indépendante non agricole est exonérée des cotisations et contributions, à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, pour une période de vingt-quatre mois à compter de la date de la création de l'activité.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 287, déposé le 10 octobre 2012

1 - Texte du projet de loi initial

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – L'article L. 131-6 est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « des exonérations et » sont remplacés par les mots : « des exonérations, » et après les mots : « au 7 de l'article 158 du code général des impôts », sont insérés les mots : « et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues aux deuxième et huitième alinéas du 3° de l'article 83 du même code » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « Pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1er de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, est » sont remplacés par le mot : « Est ».

B. – Au premier alinéa de l'article L. 133-6-8, après les mots : « auxdits articles du code général des impôts », sont insérés les mots : « de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui acquitté aux mêmes titres par les travailleurs indépendants ».

C. – À l'article L. 612-3, les mots : « arrêté interministériel » sont remplacés par le mot : « décret ».

D. – L'article L. 612-4 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les cotisations sont calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Leur taux est fixé par décret.

« Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Pour les cotisations dues au titre de la première et de la deuxième année d'activité, le montant mentionné au deuxième alinéa peut faire l'objet d'une réduction. » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par un décret, qui peut prévoir que les dispositions des deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables, sous certaines conditions, aux cotisations dues par les personnes mentionnées aux articles L. 613-4 et L. 613-7 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. »

E. – Après l'article L. 612-4, il est rétabli un article L. 612-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 612-5. – Les cotisations prévues à l'article L. 612-4 à la charge des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret font l'objet d'une réduction.

« Lorsque le revenu d'activité est négatif ou nul, la réduction est maximale et est égale au produit du taux mentionné au premier alinéa de l'article L. 612-4 et d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3. Lorsque le revenu d'activité est positif, la réduction décroît linéairement et devient nulle lorsque ce revenu est égal ou supérieur au seuil mentionné au premier alinéa.

« La réduction prévue au présent article ne s'applique qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 612-4 et dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à un montant fixé par décret.

« Le bénéfice des dispositions du présent article ne peut être cumulé avec celui de tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicables aux cotisations prévues à l'article L. 612-4.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. »

F. – Le premier alinéa de l'article L. 612-13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

« Ces cotisations supplémentaires ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré. »

G. – À l'article L. 722-4, la seconde phrase est supprimée.

H. – À l'article L. 756-3, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité ».

I. – À l'article L. 756-4, les mots : « aux articles L. 242-11 » sont remplacés par les mots : « aux dispositions de l'article L. 242-11 » et les mots : « employeurs et » sont supprimés.

J. – Au deuxième alinéa de l'article L. 756-5, les mots : « du dernier alinéa de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 131-6-2 ».

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2013, sous réserve des dispositions suivantes :

1° De manière transitoire, le montant des cotisations provisionnelles mentionnées à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014 par les travailleurs indépendants relevant de l'article 62 du code général des impôts est égal au montant des cotisations provisionnelles calculé pour ces années en application des règles antérieures à l'entrée en vigueur du présent article. Les revenus d'activité, tels que définis à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pris en compte pour ce calcul sont majorés de 11 %. Cette majoration ne peut être supérieure à la limite de réduction prévue au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts ;

2° De manière transitoire, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts, lorsque ces revenus sont perçus en 2013 et en 2014, qui est retenue pour la détermination du revenu d'activité non salarié en application du troisième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pour les personnes nouvellement soumises aux dispositions de cet alinéa en application du 2° du A du I du présent article, est prise en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014. Ces revenus font l'objet d'une déclaration obligatoire, selon les modalités prévues au quatrième alinéa dudit article L. 131-6-2, dans le délai de trente jours à compter de leur perception.

2 - Exposé des motifs

Le présent article vise à rétablir une plus grande équité des prélèvements sociaux entre travailleurs indépendants non agricoles et travailleurs salariés.

En effet, à l'inverse des salariés, les cotisations maladie des travailleurs indépendants sont aujourd'hui globalement dégressives, en raison d'une cotisation minimale et du maintien d'un plafonnement de la cotisation maladie : le taux de cotisation diminue (de 6,5 à 5,9 %) pour les revenus au-delà du plafond annuel de la sécurité sociale (36 372 € en 2012) et aucune cotisation n'est due sur la tranche de revenus dépassant cinq plafonds (181 860 €). Le régime des travailleurs indépendants non agricoles est le seul régime où s'applique encore ce plafonnement, alors que, dans l'ensemble des régimes, les cotisations maladie ont été déplafonnées, en cohérence avec le principe de contribution des assurés à hauteur de leurs moyens.

Le présent article supprime ainsi, au D du I, le plafonnement des cotisations (le taux de 6,5 % s'appliquera désormais quel que soit le niveau de revenus), et instaure parallèlement, au E du I, une réduction sur la cotisation minimale maladie-maternité. Elle prend la forme d'une exonération linéairement dégressive, s'annulant lorsque les revenus atteignent le niveau de l'assiette minimale de cotisation (soit 14 549 € en 2012).

Par ailleurs, au sein des travailleurs indépendants, les gérants majoritaires dont l'entreprise est soumise à l'impôt sur les sociétés sont actuellement assujettis sur une assiette faisant l'objet soit de l'abattement de 10 % représentatif de frais professionnels, soit d'une déduction de frais professionnels réels, alors qu'ils ont déjà la possibilité de déduire leurs frais professionnels dans le résultat de leur entreprise. Cette disposition revient à opérer deux fois des déductions au titre des frais professionnels. Le 1° du A du I réintègre dans l'assiette des cotisations et contributions sociales la déduction forfaitaire pour frais professionnels et celle des frais, droits et intérêts d'emprunt exposés pour l'acquisition de parts sociales retenues pour l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants.

En outre, la possibilité pour les travailleurs indépendants de versement d'une partie de leur revenu d'activité sous forme de dividendes permet de réduire l'assiette des cotisations sociales. La LFSS pour 2009 avait introduit, pour les seules sociétés d'exercice libéral, un dispositif d'assujettissement des dividendes versés excédant 10 % des capitaux propres de l'entreprise. Ce dispositif est élargi, par le 2° du A du I, à l'ensemble des travailleurs indépendants exerçant leur activité dans le cadre de sociétés assujetties à l'impôt sur les sociétés.

Enfin, l'article pose le principe d'une contributivité équivalente en termes de niveau des taux de cotisation entre les auto-entrepreneurs et les travailleurs indépendants soumis au régime de droit commun. Les taux applicables aux auto-entrepreneurs seront donc relevés par décret selon cette nouvelle règle.

L'article procède également à diverses mesures de toilettage.

Le taux de cotisation maladie de 6,5 %, fixé par décret, sera quant à lui inchangé.

b. Amendements examinés par la commission des affaires sociales

1 - Amendements adoptés

- Amendement AS 212

Amendement présenté par M. Gérard Bapt,

Dans l'alinéa 5. Substituer aux mots:

« acquitté aux mêmes titres par les »,

les mots:

« applicable. aux mêmes titres aux revenus des ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

- Amendement AS 213

Amendement présenté par M. Gérard Bapt

Dans l'alinéa 18, substituer aux mots:

« des dispositions du »,

les mots:

« de la réduction prévue au ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

- Amendement AS 214

Amendement présenté par M. Gérard Bapt,

Après l'alinéa 19, insérer l'alinéa suivant:

« E *bis*.- Dans le second alinéa de l'article 1. 612-9 et dans la première phrase de l'article 1. 756-4, le mot: « dernier » est remplacé par le mot: « quatrième ». »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de coordination.

- Amendement AS 215

Amendement présenté par M. Gérard Bapt,

Dans la dernière phrase de l'alinéa 30, substituer au mot :

« le »

le mot :

« un »,

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

- Amendement AS 203

Amendement présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, M. Jean-Marc Germain et les commissaires du groupe SRC

Compléter cet article par les deux alinéas suivants

« II *bis*, - Le second alinéa de l'article L 131-9 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée:

« « Les cotisations prévues au présent alinéa sont assises sur la totalité des revenus d'activité ou de remplacement entrant dans le champ de cet alinéa, » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

En cohérence avec le dé plafonnement de la cotisation d'assurance maladie des travailleurs indépendants, le présent amendement propose de dé plafonner la cotisation d'assurance maladie sur les revenus d'activité et de remplacement perçus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence définies à l'article L 136-1 du code de la sécurité sociale mais qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie.

2 - Amendements rejetés

- Amendement AS 32

Présenté par Mme Bérengère POLEITI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUA T, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENNEC, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

Supprimer cet article.

Exposé sommaire:

Cet article prévoit que les commerçants, artisans et professions libérales vont subir une hausse de 1,3Md€ de cotisations sociales ce qui équivaut à une baisse de pouvoir d'achat. Une fois de plus, ce Gouvernement préfère augmenter les impôts pour tous les français plutôt que de baisser les dépenses publiques improductives.

L'effort de redressement des comptes sociaux a été considérable depuis quelques années. Alors que 1997 à 2002, les Objectifs de croissance de l'Assurance Maladie (ONDAM) étaient votés à 3% et exécutés à 5,5% voire plus certaines années car non maîtrisés - ce qui a fait perdre 13 Milliards d'euros à l'Assurance Maladie - depuis 2007, l'ONDAM est voté en dessous de 3% et il est respecté strictement, ce qui a représenté plus de 11 Milliards d'économie. Pour cela des réformes structurelles importantes ont été menées qui ont notamment permis de redresser les comptes de l'hôpital public pour ce qui concerne la branche maladie, ou bien, grâce à la courageuse réforme des retraites et des régimes spéciaux de sauvegarder notre système de retraite par répartition sans baisser le montant des pensions ni augmenter les cotisations, pour ce qui concerne la branche vieillesse.

Ce PLFSS vient ralentir l'effort de redressement des comptes sociaux tout en ne proposant qu'une avalanche de taxes supplémentaires.

- Amendement AS 49

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article procède à l'aggravation des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants (déplafonnement des cotisations maladie, fin de l'abattement pour frais professionnels, soit un rendement de 1,1 milliard d'euros).

A l'heure où l'économie française traverse une période particulièrement difficile et où il importe de ne pas décourager l'initiative des chefs d'entreprise essentielle pour entretenir la croissance de l'activité de notre pays, cette hausse de prélèvements ciblée sur cette population, exposée aux aléas de la conjoncture, est particulièrement malvenue. Fragiliser les indépendants à l'heure où ils seront en première ligne de la crise est contraire à la volonté d'équité affichée par le gouvernement.

- **Amendement AS 42**

Identique à l'amendement AS 32

- **Amendement AS 50**

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC .

Supprimer les alinéas 2, 3 et 4.

Exposé sommaire

La très grande majorité des entreprises françaises du secteur marchand non agricole, en particulier les établissements de moins de 200 salariés qui représentent une part écrasante des établissements (J 580000 sur 1 586 000 selon la dernière statistique UNEDIC-Pôle emploi disponible) sont dirigées par des chefs d'entreprise non-salariés, les travailleurs indépendants.

Ce sont ces entreprises qui ont créé 3355000 emplois nets entre le 1er Janvier 1981 et le 31 Décembre 2010.

Le rôle de ces dirigeants indépendants est donc capital dans la création d'emploi, surtout en ce moment.

Il s'avère que, naturellement, du fait de la « confusion » partielle ou totale entre leur patrimoine personnel et le patrimoine de l'entreprise, tout accroissement important des prélèvements, qu'ils aient un caractère de cotisations sociales ou un caractère fiscal, influe sur les choix que ces dirigeants font concernant le devenir de leur entreprise, s'agissant notamment de son développement et de l'embauche de nouveaux salariés.

Or, la disposition prévue au « B » du « II » de l'article II, qui réintègre les dividendes versés dépassant 10 % des capitaux propres dans l'assiette des cotisations sociales, en créant un surcroît de prélèvements à hauteur de 75 Millions d'euros, risque précisément de nuire au développement de ces entreprises, notamment en matière d'emploi, et même de remettre en cause l'existence de certaines d'entre elles.

C'est la raison pour laquelle, cet amendement vise à supprimer cette disposition,

- **Amendement AS 52**

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC .

Supprimer l'alinéa 4.

Exposé sommaire

La très grande majorité des entreprises françaises du secteur marchand non agricole, en particulier les établissements de moins de 200 salariés qui représentent une part écrasante des établissements (1 580000 sur 1 586000 selon la dernière statistique UNEDIC-Pôle emploi disponible) sont dirigées par des chefs d'entreprise non-salariés, les travailleurs indépendants.

Ce sont ces entreprises qui ont créé 3 355 000 emplois nets entre le 1er Janvier 1981 et le 31 Décembre 2010.

Le rôle de ces dirigeants indépendants est donc capital dans la création d'emploi, surtout en ce moment.

Il s'avère que, naturellement, du fait de la « confusion » partielle ou totale entre leur patrimoine personnel et le patrimoine de l'entreprise, tout accroissement important des prélèvements, qu'ils aient un caractère de cotisations sociales ou un caractère fiscal, influe sur les choix que ces dirigeants font concernant le devenir de leur entreprise, s'agissant notamment de son développement et de l'embauche de nouveaux salariés.

Or, la disposition prévue au « B » du « n » de l' article 11 , qui réintègre les dividendes versés dépassant 10 % des capitaux propres dans l'assiette des cotisations sociales, en créant un surcroît de prélèvements à hauteur de 75 Millions d'euros, risque précisément de nuire au développement de ces entreprises, notamment en matière d'emploi, et même de remettre en cause l'existence de certaines d'entre elles.

C'est la raison pour laquelle, cet amendement vise à supprimer cette disposition.

- Amendement AS 33

Présenté par Mme Bérengère POLETII, MM Jean-Piense DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATIE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENNEC, Jean LEOI\ETII, Céleste LETI, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

Supprimer l'alinéa 5.

Exposé des motifs: L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt:

-il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque . En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

-Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants ...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés:

-La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

-la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

-la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement AS 51

Présenté par Dominique TIAN, Isabelle LE CALLENNEC

Supprimer l'alinéa 5

EXPOSÉ SOMMAIRE

En septembre 2012, le nombre de créations d'auto-entreprises a bondi de 12,4% par rapport au mois d'août selon l'Insee. Au total, ce sont 26.597 entreprises nouvelles qui ont vu le jour le mois dernier. Cet engouement pour l'entrepreneuriat est manifestement stimulé par ce régime.

Toujours selon l'INSEE, la baisse du nombre de créations hors auto-entrepreneurs (-3%, en données corrigées des variations saisonnières et du nombre de jours ouvrables) est compensée par la hausse du nombre de demandes de création d'auto-entreprises. Depuis 2009, entre 40.000 et 50.000 auto-entreprises sont créées chaque mois.

Or, ce projet de loi prévoit un relèvement des cotisations sociales des auto-entrepreneurs de l'ordre de 15%, ce qui va modifier ce régime en profondeur. Les auto-entrepreneurs apparaissent comme une variable d'ajustement budgétaire sans que cela leur apporte une protection sociale supplémentaire. Cette mesure, prise sans concertation, est vécue comme une injustice sociale car la protection sociale de ce régime est bénéficiaire. Elle est par ailleurs discriminatoire puisqu'elle n'est pas appliquée aux autres régimes, contraignant davantage la liberté d'entreprendre dans notre pays.

C'est la raison pour laquelle, cet amendement vise à supprimer cette disposition.

3 - Amendements retirés

- Amendement AS 105

présenté par Arnaud Richard, Francis Vercamer,

Supprimer l'alinéa 17

Exposé des motifs

Cet article majore globalement les cotisations des ressortissants du régime social des indépendants (RSI) et notamment des auto-entrepreneurs, de 2 à 3,3 points de cotisation, ce qui correspond à près de 15% de hausse des cotisations sociales.

Ce qui permettait jusque là à des chercheurs d'emploi de sortir du chômage en prenant le risque d'une activité libérale tenait plus spécialement à un écart de taux entre les prélèvements fiscaux et sociaux qui pèsent sur leur activité et ceux du régime de droit commun de 15%.

La disparition de l'exonération des charges en l'absence de chiffre d'affaire revient à casser un régime qui visait à encourager des Français qui prennent des risques pour sortir du chômage.

c. Rapport n°302 déposé le 17 octobre 2012 de M. BAPT

Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement

(art. L. 131-6, L. 133-6-8, L. 612-3, L. 612-4, L. 612-5, L. 612-13, L. 722-4, L. 756-3, L. 756-4 et L. 756-5 du code de la sécurité sociale)

Alignement des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs non salariés non agricoles

Dans le souci de résorber une niche sociale, le présent article entend rapprocher du régime général, du point de vue des prélèvements sociaux, le régime des travailleurs non salariés non agricoles, prolongeant ainsi un mouvement parachevé depuis de nombreuses années en matière de prestations sociales. Mais cet article témoigne également d'un esprit d'équité, car il s'attache également à mieux répartir la charge entre les ressortissants de ce régime.

1. Les prélèvements sociaux sur les travailleurs non salariés non agricoles

a) La notion de travailleur non salarié non agricole

À la notion de « travailleur indépendant », le droit de la sécurité sociale préfère celle de « travailleur non salarié non agricole ». Cette notion ne coïncide donc pas avec les catégories fiscales des BIC (bénéfices industriels et commerciaux, provenant d'une activité commerciale exercée par une personne physique) ou des BNC (bénéfices non commerciaux, provenant d'une activité libérale, d'une charge ou d'un office). Les revenus de certains « non non » peuvent être ainsi assimilés, pour leur imposition, à des salaires (gérants majoritaires de société, associés de société en nom collectif) ou à des revenus de capitaux mobiliers (administrateurs des sociétés anonymes).

Il est vrai que cette catégorie, qui compte plus de 2,5 millions de travailleurs (dont 800 000 auto-entrepreneurs), se caractérise par sa grande hétérogénéité, rassemblant entrepreneurs individuels (artisans, commerçants), professions libérales et associés gérants majoritaires de société. Le régime social regroupe de ce fait des activités exercées sous différents statuts : personne physique (entreprise individuelle), entreprise unipersonnelle à responsabilité limitée (EURL), gérant majoritaire de société à responsabilité limitée (SARL) ou de société d'exercice libéral à responsabilité limitée (SELARL), associé de SNC, administrateur de société civile ou membre de conseil de surveillance de SARL.

b) L'assiette des cotisations et contributions sociales

Définie à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, l'assiette est constituée par le revenu net fiscal, incluant un abattement de 10 % pour frais professionnels. Plusieurs éléments fiscalement déductibles sont cependant réintégrés dans l'assiette sociale : primes souscrites dans le cadre de la « loi Madelin » (épargne retraite facultative), certaines exonérations d'impôt, reports déficitaires et amortissements réputés différés, provisions pour investissement ou mise en conformité, revenu tiré de la location d'un fonds de commerce.

Les cotisations sociales sont assises sur le revenu de l'année $n-2$, à titre provisionnel, puis régularisées durant l'année $n+1$. Deux exceptions sont toutefois prévues pour rapprocher le montant des cotisations payées durant une année n du revenu effectivement perçu durant cette année : d'une part, pour toutes ses cotisations sociales, l'assuré peut demander que les cotisations appelées durant cette année soient calculées à partir d'un revenu estimé pour ladite année, une majoration de 10 % étant cependant prévue si l'estimation du revenu a été inférieure au revenu réel ; d'autre part, les cotisations des micro-entreprises peuvent être appelées durant l'année sur la base du revenu effectivement réalisé pendant cette année.

Toutefois, pour les deux premières années d'activité (à l'exception des avocats), l'assiette est établie de manière forfaitaire : pour la première année civile d'activité, elle est plafonnée à 19 % du plafond annuel de la sécurité sociale (6 911 euros en 2012) et, pour la deuxième année civile d'activité, à 29 % de ce même plafond (10 548 euros en 2012). Le montant est proratisé en cas de début d'activité en cours d'année.

Par ailleurs, les créateurs ou repreneurs d'entreprises bénéficient d'un report de leurs cotisations et contributions sociales pendant une année (pour les chômeurs, la mesure ne porte que sur les contributions sociales). Aucune cotisation n'est donc exigée pendant les douze premiers mois d'activité et le paiement des cotisations et contributions définitives dues au titre de la première année peut être étalé sur cinq ans.

c) Le calcul des cotisations et contributions sociales

• Les cotisations au titre de la maladie, de la maternité et des indemnités journalières

Pour l'assurance maladie-maternité, la cotisation est plafonnée et varie selon le revenu d'activité :

- une cotisation minimale forfaitaire pour les travailleurs dont les revenus sont déficitaires ou inférieurs à 40 % du plafond annuel de la sécurité sociale (soit 14 549 euros en 2012), d'un montant de 945 euros ;
- une cotisation au taux de 6,5 % (depuis 2001) pour les revenus compris entre 40 % du plafond annuel de la sécurité sociale et le plafond annuel de la sécurité sociale (36 372 euros) ;
- une cotisation de 5,9 % pour la part des revenus comprise entre une fois et cinq fois (181 860 euros) le plafond annuel de la sécurité sociale ;
- la cotisation étant plafonnée pour les revenus supérieurs à cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale, la cotisation maximale annuelle s'élève donc à 10 948 euros.

Pour les artisans et commerçants, une cotisation supplémentaire contribue au financement des indemnités journalières. Son taux est de 0,7 % et s'applique dans les mêmes conditions : une cotisation minimale pour les revenus inférieurs à 40 % du plafond annuel de la sécurité sociale (102 euros), un plafonnement pour les revenus supérieurs à cinq fois le plafond annuel de la sécurité sociale (soit une cotisation maximale de 1 273 euros) et une cotisation forfaitaire pour les deux premières années (102 euros la première année et 74 euros la deuxième année).

Le principe d'une cotisation minimale constitue le pendant, dans le régime des indépendants, de l'exigence, dans le régime général, d'une durée minimale d'activité pour l'ouverture des droits. Au total, la cotisation annuelle minimale des artisans et commerçants au titre de la maladie, de la maternité et des indemnités journalières s'élève à 1 047 euros (respectivement 551 et 757 euros pour la première et la deuxième année d'activité), tandis que la cotisation annuelle maximale est de 12 221 euros.

• Les cotisations au titre de la vieillesse, de l'invalidité et du décès

Il faut distinguer ici entre deux régimes.

Pour les *artisans, industriels et commerçants*, affiliés au Régime social des indépendants (RSI), le taux de la cotisation au régime de base est de 16,65 %, appliqué à une assiette plafonnée à un plafond annuel de la sécurité sociale, avec une cotisation minimale calculée sur une assiette égale à 5,25 % du plafond annuel de la sécurité sociale (1 910 euros). La cotisation minimale est donc égale à 318 euros et la cotisation maximale à 6 056 euros. Une cotisation forfaitaire est prévue pour les deux premières années, sur la même assiette que pour la cotisation maladie, soit une cotisation de 1 151 euros la première année et 1 750 euros la deuxième année.

Au titre de l'invalidité et du décès, une distinction est opérée entre artisans, d'un côté, et industriels et commerçants, de l'autre :

– pour les premiers, une cotisation de 1,8 %, plafonnée à un plafond annuel de la sécurité sociale, avec une cotisation minimale sur une assiette égale à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 131 euros, et une cotisation forfaitaire pour les deux premières années (131 euros la première année et 327 euros la deuxième année) ;

– pour les seconds, une cotisation invalidité de 1,2 % et décès de 0,1 %, avec une cotisation minimale sur une assiette égale à 20 % du plafond annuel de la sécurité sociale, soit 94 euros (= 87 + 7), et une cotisation forfaitaire pour les deux premières années (94 euros la première année et 137 euros la deuxième année).

De même, pour le régime complémentaire obligatoire (RCO), il faut distinguer entre artisans, d'un côté, et industriels et commerçants, de l'autre :

– pour les premiers, il est financé par une cotisation de 7,2 % sous un plafond spécifique égal à 35 876 euros, puis de 7,6 % entre ce plafond et quatre plafonds annuels de la sécurité sociale (145 488 euros), avec une cotisation minimale calculée sur l'assiette retenue pour le régime de base, soit 138 euros, et une cotisation forfaitaire pour les deux premières années, sur la même assiette que pour la cotisation maladie, soit une cotisation de 498 euros la première année et 683 euros la deuxième année ;

– pour les seconds, la cotisation est de 6,5 % dans la limite de trois plafonds annuels de la sécurité sociale (109 116 euros), avec une cotisation minimale calculée sur l'assiette retenue pour le régime de base, soit 124 euros, et une cotisation forfaitaire pour les deux premières années, sur la même assiette que pour la cotisation maladie, soit une cotisation de 449 euros la première année et 683 euros la deuxième année.

Pour les *professions libérales*, affiliées à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL), le taux de la cotisation pour l'allocation vieillesse de base est de 8,6 % jusqu'à 80 % du plafond annuel de la sécurité sociale puis de 1,6 % dans la limite de cinq plafonds annuels de la sécurité sociale (181 860 euros), avec une cotisation minimale sur une assiette correspondant à 200 heures de SMIC, soit 159 euros, et une cotisation forfaitaire pour les deux premières années, sur la même assiette que pour la cotisation maladie, soit une cotisation de 594 euros la première année et 907 euros la deuxième année.

Pour l'assurance invalidité-décès et la retraite complémentaire obligatoire des professions libérales, les modalités de calcul des cotisations varient suivant les différentes professions.

● *Les cotisations au titre de la famille*

Les cotisations dues à ce titre sont calculées sur une assiette déplafonnée et au taux de 5,4 %. Il n'existe pas de cotisation minimale en matière d'allocations familiales, mais en cas de revenu professionnel inférieur à la base mensuelle des allocations familiales (4 788 euros), la cotisation personnelle d'allocations familiales fait l'objet d'une dispense.

Une cotisation forfaitaire est prévue pour les deux premières années, sur la même assiette que pour la cotisation maladie, soit une cotisation de 373 euros la première année et 567 euros la deuxième année.

● *La CSG et CRDS*

La CSG et la CRDS sont dues sur une assiette incluant la totalité des cotisations personnelles, au taux de 8 %, soit 7,5 % (CSG) et 0,5 % (CRDS). Comme pour les cotisations d'allocations familiales, il n'existe pas de cotisation minimale en matière d'allocations familiales, mais en cas de revenu professionnel inférieur à la base mensuelle des allocations familiales (4 788 euros), la cotisation personnelle d'allocations familiales fait l'objet d'une dispense.

Des cotisations forfaitaires sont prévues pour les deux premières années, sur la même assiette que pour la cotisation maladie, soit des contributions de 553 euros la première année et 841 euros la deuxième année.

2. Un régime caractérisé par plusieurs anomalies

Le régime se caractérise par un effort contributif non seulement inégal en son sein même mais aussi inférieur à celui des autres régimes, alors même que ses prestations sont désormais alignées sur celles du régime général, que son équilibre financier demeure fragile et que le régime de l'auto-entrepreneur paraît particulièrement avantageux.

a) Un effort contributif inégal au sein même du régime...

La structure des cotisations sociales à la charge des travailleurs indépendants rejaille sur l'équité de l'effort contributif au sein même de ces régimes.

Dans un rapport de mars 2008 (*Les prélèvements obligatoires des indépendants*), le Conseil des prélèvements obligatoires fait ainsi ressortir le poids des cotisations minimales qui, si elles sont justifiées pour des raisons de principe mais aussi pour des motifs d'ordre économique, financier et social, n'en concernent pas moins de 30 % des redevables du régime maladie. On rappellera qu'en 2012, la cotisation minimale annuelle s'élève à 1 634 euros pour les artisans et à 1 636 euros pour les commerçants.

Mais l'anomalie la plus frappante tient à la dégressivité des prélèvements sociaux. Pour les artisans et commerçants, le rapport montre ainsi que les revenus inférieurs à 800 SMIC par an (7 520 euros) supportent un taux de prélèvement respectivement de 46,05 % et 46,3 %. Le taux est ensuite de 45,05 % jusqu'au plafond de la sécurité sociale, puis diminue jusqu'à 20 % à partir de trois plafonds, et même 13,4 % au-delà de cinq plafonds. Outre les différences – évidentes – de taux, ce phénomène tient également à la coexistence d'assiettes minimales et maximales, qui majorent l'assiette de prélèvement des plus bas revenus et minore celle des plus élevés, s'accompagnant en outre d'effets de seuil très marqués.

Le rapport indique ainsi que « *pour les revenus inférieurs au plancher, l'assiette minimale aboutit à plus que doubler l'assiette qui aurait résulté strictement des revenus déclarés. À l'inverse, plus de 40 % des revenus supérieurs à cinq fois le plafond sont exclus de l'assiette.* » Il estimait qu'en 2004, l'assiette minimale avait rapporté 215,8 millions d'euros, tandis que l'assiette maximale avait entraîné une perte de 186 millions d'euros.

En outre, la rémunération des gérants majoritaires ou associés de sociétés soumises à l'impôt sur les sociétés est soumise à l'impôt sur le revenu en tant que traitements et salaires et non en tant que BIC ou BNC. Les règles de déduction pour frais professionnels sur les salaires lui sont donc applicables, dont l'abattement forfaitaire de 10 %. Or, s'agissant de gérants majoritaires, ils peuvent donc déterminer le niveau des frais professionnels que leur société prend en charge et qui réduisent le résultat comptable. L'abattement forfaitaire permet ainsi de déduire à deux niveaux successifs les mêmes frais professionnels et de minorer à due concurrence le revenu d'activité soumis aux contributions et cotisations sociales, alors même que l'abattement d'assiette représentatif des frais professionnels a été réduit de 3 % à 1,75 % pour les salariés au titre de la CSG.

Par ailleurs, du fait de l'assujettissement à l'impôt sur le revenu de la rémunération des gérants majoritaires ou associés dans la catégorie des traitements et salaires, le montant des intérêts d'emprunt exposés pour l'acquisition des parts sociales des associés de certaines sociétés peut être déduit, avantage dont ne bénéficient pas les travailleurs indépendants imposés dans les catégories des BIC ou des BNC.

Il faut enfin noter que pour les membres de professions libérales, l'étendue de l'assiette a pu soulever d'importants problèmes de principe.

C'est d'abord le cas des avocats, médecins ou chirurgiens-dentistes ayant opté pour l'organisation de leur activité sous forme de société. L'arbitrage réalisé, en matière fiscale, entre rémunération et dividendes (et, de ce fait, entre droits sociaux à venir et revenu disponible à court terme), n'est pas sans incidences sur l'assiette sociale, les caisses compétentes ayant décidé de réintégrer dans l'assiette des cotisations sociales les dividendes perçus au travers de ces sociétés, ainsi assimilés à des rémunérations.

C'est également la situation des avocats résidant en France mais exerçant à la fois en France et à l'étranger, notamment dans une société de personnes (*partnership*) britannique, dont les revenus sont fiscalement assujettis dans le pays où ils ont été versés mais dont le statut en matière de cotisations et contributions sociales françaises est longtemps resté incertain, jusqu'à ce que la Cour de justice des communautés européennes, dans un arrêt de 2008, admette l'exclusion de l'assiette de la CSG et de la CRDS des revenus non salariés de source étrangère d'un travailleur non salarié non agricole résidant et exerçant en France dès lors que la convention fiscale applicable ne reconnaît pas à la France le droit d'y rendre ses revenus imposables.

Le législateur a d'ailleurs eu l'occasion de se saisir de ces deux problèmes dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 :

– pour les sociétés d'exercice libéral (SEL), l'article 22 a intégré dans l'assiette des cotisations sociales les dividendes versés excédant 10 % des capitaux propres de l'entreprise, mais dans les autres formes de société, les indépendants peuvent s'accorder sans limitation des dividendes soumis aux seuls prélèvements sociaux sur les revenus du capital (et déclarer parallèlement une très faible rémunération d'activité) ;

– l'article 24 assujettit à la cotisation d'assurance maladie majorée applicable aux personnes non domiciliées fiscalement en France mais relevant à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie les assurés d'un régime français d'assurance maladie exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention internationale. Il n'est pas indifférent de relever que le Sénat, finalement suivi par la commission mixte paritaire, avait alors refusé le déplafonnement de cette cotisation adopté par l'Assemblée nationale en première lecture...

b) ... et inférieur à celui des autres régimes, ...

- *La comparaison avec le régime général*

Le tableau ci-après met en regard les cotisations et contributions sociales aux régimes obligatoires de base pour les salariés (parts patronale et salariale), d'une part, et pour les artisans et commerçants, d'autre part.

Taux des cotisations et contributions sociales

(en %)

	Salariés	Artisans	Commerçants
Maladie, maternité, invalidité, décès	13,55	<i>Maladie, maternité</i> 7,2 [1P] 6,6 [5P] <i>Invalidité, décès</i> 1,8 [1P] <i>Total : 9 [1P], 8,4 [5P]</i>	<i>Maladie, maternité</i> 7,2 [1P] 6,6 [5P] <i>Invalidité, décès</i> 1,3 [1P] <i>Total : 8,5 [1P], 7,9 [5P]</i>
Autonomie	0,3	–	–
Famille	5,4	5,4	5,4
Vieillesse de base	16,65 dont 14,95 [1P]	16,65 [1P]	16,65 [1P]
Retraite complémentaire	7,5 [1P] 20 [3P]	7,2 [1P] 7,6 [4P]	6,5 [3P]
CSG et CRDS	7,86 [4P] 8	8	8

[Cotisations plafonnées : plafond exprimé en fonction du plafond annuel de la sécurité sociale (P), soit 36 372 euros par an]

Par tranche de revenu, la différence d'effort contributif apparaît de manière non moins nette pour l'ensemble des cotisations et contributions sociales (patronales et salariales, le cas échéant), hors chômage, construction et logement, apprentissage, formation professionnelle et transports :

Taux de prélèvements sociaux par régime et par tranche de revenu

(en %)

	< 1P	De 1P à 3P	De 3P à 4P	De 4P à 5P	De 5P à 8P	> 8P
Salariés	56,0	53,75	54,05	51,98	51,98	31,43
Artisans	46,25	27,6	27,6	20	13,4	13,4
Commerçants	45,05	26,5	20	20	13,4	13,4

P = plafond de la sécurité sociale (36 372 euros)

L'étude d'impact jointe au projet de loi souligne que l'ensemble des cotisations des travailleurs indépendants est calculé sur une assiette nette des cotisations payées, alors que pour les salariés, elles sont assises sur un revenu brut. Dès lors, « *proche de 45 % facialement, le taux global des cotisations et contributions sociales, exprimé suivant une convention identique à celle qui prévaut dans le régime général, serait d'environ 33 %* ». En outre, « *alors que, dans un cadre salarial, la rémunération du travail n'est qu'une partie de la valeur ajoutée – une autre partie constituant la rémunération du capital –, le revenu des indépendants intègre non seulement une rémunération du travail mais aussi une rémunération du capital* ».

Globalement, l'écart apparaît particulièrement marqué pour les revenus supérieurs au plafond de la sécurité sociale (3 031 euros par mois) et se creuse encore jusqu'à huit plafonds. Au-delà, il se réduit, en raison du plafonnement des cotisations de retraite complémentaire des salariés.

Si l'on apprécie cet écart prélèvement par prélèvement, il est légèrement défavorable aux travailleurs indépendants en matière de CSG et de CRDS, compte tenu de l'abattement de 1,75 % appliqué sur l'assiette de ces contributions au profit des salariés (jusqu'à quatre plafonds de la sécurité sociale).

En revanche, l'écart est nul en matière d'allocations familiales et faible en matière de retraites, quoique pas inexistant, dans la mesure où la cotisation est déplafonnée à hauteur de 1,7 point dans le régime général.

Surtout, l'écart est particulièrement caractérisé en matière d'assurance maladie : non seulement le taux de cotisation est significativement inférieur, mais le RSI est le seul régime dont la cotisation n'est pas déplafonnée, alors qu'elle l'est entièrement, bien entendu, dans le régime général (depuis 1984) mais aussi dans un autre régime de travailleurs indépendants, celui des exploitants agricoles.

Dès lors, cette moindre cotisation pourrait-elle se justifier par une moindre consommation de soins ? Cette thèse est parfois soutenue ici ou là, et une étude publiée en mars 2007 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES) tend effectivement à montrer que la consommation de soins des ressortissants du RSI est un peu inférieure à celle des salariés.

Cela étant, non seulement cet écart n'est pas aussi considérable que celui entre les cotisations, mais en tout état de cause, entrer dans un tel raisonnement reviendrait à nier le principe de solidarité sur lequel est bâti notre système de protection sociale.

En tout état de cause, on se trouve bien en présence d'une « niche sociale » : l'une des fiches de l'annexe 5 au présent projet de loi de financement de la sécurité sociale, relative aux exonérations de cotisations et contributions sociales, est ainsi consacrée à la cotisation d'assurance maladie réduite au-delà d'un plafond de la sécurité sociale, au plafonnement de cette cotisation maladie au-delà de cinq plafonds de la sécurité sociale et à l'exonération de cotisations à la branche famille et de contributions sociales pour les faibles revenus. L'assiette exemptée pour ces trois mesures est respectivement évaluée à 15 milliards d'euros, 4 milliards d'euros et 70 millions d'euros.

• *La comparaison avec le régime agricole*

Une étude comparative réalisée par la Caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, citée par le Conseil des prélèvements obligatoires dans son rapport de mars 2008, fait apparaître que si la différence n'est pas très nette pour les revenus les moins élevés (inférieurs à 40 % du plafond de la sécurité sociale), elle est en revanche avérée à partir de ce seuil, où l'effort contributif du régime agricole est plus important, et encore plus marquée au-delà d'un plafond de la sécurité sociale. Le Conseil relève toutefois qu'il convient de rester prudent dans l'interprétation de ces données, dans la mesure notamment où les différences d'assiette peuvent également interférer.

c) ... alors même que les prestations sont désormais alignées sur celles du régime général, ...

L'insuffisance de l'effort contributif surprend d'autant plus que l'alignement des prestations servies par les régimes de travailleurs non salariés non agricoles sur celles servies par le régime général a été mené à son terme :

- le taux de remboursement des prestations en nature maladie-maternité pour les affiliés au RSI est aligné sur celui du régime général depuis 2001 et des indemnités journalières ont été mises en place pour les artisans en 1995 puis pour les industriels et commerçants en 2000 (et fusionnées en 2007), prestations dont le Conseil des prélèvements obligatoires estimait, dans son rapport de 2008, que « *les conditions d'ouverture des droits et les modalités de calcul sont plutôt favorables aux indépendants* » ;
- les pensions servies par le RSI sont alignées sur celles du régime général depuis 1973 ;
- depuis 1978, les prestations familiales sont accordées sans condition d'activité professionnelle à toute personne résidant en France.

Seules les pensions servies par la CNAVPL demeurent déconnectées du régime général, les ressortissants de ces régimes étant très largement tributaires des assurances complémentaires (et ne bénéficiant pas, par ailleurs, d'indemnités journalières).

d) ... que l'équilibre financier du régime demeure fragile...

L'insuffisance de l'effort contributif de ce régime soulève également la question de son équilibre financier.

La branche maladie du RSI – l'ancienne Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM) – est financée par les cotisations sociales et par la CSG, la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) venant équilibrer le régime.

Financement de la branche maladie du RSI

(en %)

	2004	2007	2010	2013 (**)
Cotisations nettes	36,7	36,9	37,8	43,4
CSG	35,1	31,9	37,9	40,1

C3S	20,4	18,3	21,0	13,3
Besoin de financement (*)	9,1	4,9	10,9	14,6

(*) Rapporté aux prestations sociales nettes.

(**) Avant mesures PLFSS 2013.

Il en va de même pour la branche vieillesse du RSI – les anciennes Caisse autonome nationale de compensation d'assurance vieillesse artisanale (CANCAVA) et Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce (ORGANIC) – dont les ressources ne comprennent toutefois pas de CSG mais bénéficient de versements au titre de la compensation généralisée entre régimes.

Financement de la branche vieillesse du RSI

(en %)

	2004	2007	2010	2013 (**)
Cotisations nettes	49,2	46,6	47,2	49,9
Compensation	23,0	17,8	20,2	16,1
C3S	19,1	21,5	25,8	25,2
Besoin de financement (*)	20,2	22,8	27,2	26,6

(*) Rapporté aux prestations nettes.

(**) Avant mesures PLFSS 2013.

Autrement dit, la solidarité à l'égard des travailleurs indépendants s'exerce au travers des mécanismes légitimes de la compensation généralisée mais aussi de la CSG, perçue sur l'ensemble des revenus, et de la C3S, acquittée par les grandes entreprises. Or, l'intervention de tels mécanismes de solidarité paraît difficilement compatible avec l'effort contributif relativement moins important exigé des ressortissants de ce régime.

e) ... et que le régime de l'auto-entrepreneur paraît particulièrement avantageux

Créé par la loi de modernisation de l'économie d'août 2008 en vue de favoriser la création d'entreprise par simplification des démarches des futurs travailleurs indépendants en termes de formalités, de calcul et de règlement des cotisations et contributions sociales, de comptabilité et de fiscalité, le régime de l'auto-entrepreneur a été mis en place le 1^{er} janvier 2009.

Le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale le 1^{er} octobre dernier présente les principales caractéristiques de ce régime.

La loi du 4 août 2008 portant modernisation de l'économie a instauré un dispositif (appelé régime microsocial simplifié ou encore auto-entrepreneur) permettant aux travailleurs indépendants relevant du régime micro-fiscal d'imposition de procéder à la déclaration et au paiement de leurs cotisations suivant des modalités simplifiées. Ce statut est entré en vigueur au 1^{er} janvier 2009 et était initialement ouvert aux artisans et commerçants. Il a été par la suite étendu aux professionnels libéraux relevant de la caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV) : d'abord aux créateurs à compter du 17 février 2009 puis à l'ensemble des affiliés de la CIPAV depuis le 1^{er} janvier 2010.

Le bénéfice de ce statut est réservé aux activités dont le chiffre d'affaires annuel ne dépasse pas, en 2010, 80 300 euros [2012 : 81 500 euros] pour un commerçant et 32 100 euros [2012 : 32 600 euros] pour un artisan ou un professionnel libéral (ces montants correspondent aux seuils du bénéfice du régime micro-fiscal).

L'auto-entrepreneur effectue une déclaration mensuelle ou trimestrielle du chiffre d'affaires réalisé au titre du mois ou du trimestre précédent et s'acquitte en même temps du versement de l'ensemble de ses cotisations et contributions sociales, ainsi que, sur option, de l'impôt sur le revenu. Le montant à verser se calcule simplement en appliquant au chiffre d'affaires déclaré un taux forfaitaire qui dépend de la nature de l'activité exercée :

- 12 % pour les commerçants, majoré éventuellement de 1 % au titre du versement fiscal ;
- 21,3 % pour les artisans, majoré éventuellement de 1,7 % au titre du versement fiscal ;
- 18,3 % pour les activités libérales relevant de la CIPAV, majoré éventuellement de 2,2 % au titre du versement fiscal.

Ces taux sont inférieurs (en moyenne de 15 %) aux taux applicables aux travailleurs indépendants dans le droit commun. La perte de recettes qui en découle pour les régimes sociaux est compensée par l'État. Toutefois, la

loi de financement pour 2010 a limité le champ de la compensation aux auto-entrepreneurs dont le revenu déclaré est au moins égal à 200 heures de SMIC (afin d'éviter un effet d'aubaine qui aurait permis aux auto-entrepreneurs de valider un trimestre de retraite quasiment gratuitement, grâce à la compensation de l'État).

Depuis le 1^{er} mai 2009, le statut d'auto-entrepreneur est cumulable, pour une durée maximale de 3 ans, avec le bénéfice de l'aide au chômeur créateur ou repreneur d'entreprise. Ce cumul se traduit par un abattement sur les taux applicables : cet abattement se monte à 75 % la première année, 50 % la deuxième année et 25 % la troisième.

Depuis le 1^{er} janvier 2010, il est cumulable avec le bénéfice des exonérations de cotisations dans les départements d'outre-mer, dès la première année d'activité pour les affiliés à la CIPAV (avec un taux d'abattement des taux applicables de 66% les 24 premiers mois et de 33% ensuite) et à partir de la troisième année d'activité pour les artisans et les commerçants (avec un abattement de 33 %).

Source : rapport à la Commission des comptes de la sécurité sociale, octobre 2011.

La création de ce régime a permis de simplifier les formalités et de limiter les effets de seuil pénalisant actuellement les travailleurs percevant les revenus les plus faibles. L'annexe 5 au présent projet de loi de financement fait toutefois apparaître clairement les mécanismes par lesquels les auto-entrepreneurs bénéficient d'un avantage substantiel :

« Les taux de cotisations applicables aux auto-entrepreneurs ont été déterminés sur la base des taux moyens des cotisations applicables au revenu des travailleurs indépendants, compte tenu des abattements forfaitaire prévus dans le cadre du régime fiscal de la micro entreprise; ces abattements, qui dépendent du type d'activité exercée, permettent de passer du chiffre d'affaires au revenu. Il s'élève à 50 % pour les artisans, 71 % pour les commerçants et 34 % pour les professions libérales.

« Une minoration supplémentaire de l'ordre de 15 % est appliquée afin de renforcer le caractère attractif du dispositif.

« Ce dispositif exonère de fait son bénéficiaire des cotisations minimales dont sont redevables les travailleurs indépendants de droit commun qui exercent leur activité à titre principal. »

Ces avantages sont bien évidemment constitutifs d'une « niche sociale », qui fait l'objet à ce titre d'une fiche spécifique dans cette annexe 5.

La perte de recettes pour les régimes sociaux est compensée par l'État, ainsi que l'indique l'encadré ci-dessous. La perte de recettes et le coût budgétaire de la compensation, tel que retracé dans le programme n° 103 « Accompagnement des mutations économiques et développement de l'emploi », ont évolué comme suit :

Pertes de recettes associées au régime des auto-entrepreneurs et leur compensation

(en millions d'euros)

	2010	2011	2012	2013
Pertes de recettes	54	87	160	31
Crédits État	57	237	95	31

Sources : annexe 5 des PLFSS 2012 et 2013.

L'ACOSS suit l'évolution du dispositif depuis sa création. Son dernier bilan, en date de juillet dernier, fournit des indications arrêtées au 31 mai. Il dénombrait un peu plus 800 000 auto-entrepreneurs, contre 629 000 fin 2010, malgré l'augmentation du nombre de radiations faisant suite à l'entrée en vigueur de la disposition de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 prévoyant la radiation automatique de ceux qui ne déclarent pas de chiffre d'affaires pendant huit trimestres consécutifs. L'auto-entrepreneur est en outre redevable, pour chaque déclaration non souscrite, d'une pénalité d'un montant égal à 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale et peut faire l'objet d'une taxation d'office calculée en fonction du nombre de déclarations non transmises au terme de l'année.

À cet égard, moins de la moitié des auto-entrepreneurs déclarent avoir généré un chiffre d'affaires positif. Le chiffre d'affaires enregistré à ce titre par les URSSAF au cours du premier trimestre de 2012 dépasse 1,2 milliard d'euros. Alors que le plafond pour bénéficier de ce régime est de 32 600 euros ou 81 500 euros selon les secteurs, 5,2 % des auto-entrepreneurs ont déclaré plus de 7 500 euros au titre du premier trimestre de 2012.

La comparaison avec les plus de 760 000 travailleurs indépendants qui se sont immatriculés entre 2009 et 2012 ne fait pas apparaître de différence dans l'âge moyen ou dans la répartition géographique. En revanche, il en ressort que les auto-entrepreneurs, comme les travailleurs indépendants, sont fortement représentés dans les

secteurs du commerce, de la réparation d'automobiles et de motocycles et du bâtiment, mais sont davantage représentés dans les activités de services (notamment activités scientifiques et techniques, éducation, services administratifs et de soutien) et moins nombreux dans l'hébergement-restauration, la santé et les industries agro-alimentaires.

3. Un indispensable effort d'équité

Visant à remédier à cette situation peu satisfaisante en termes d'équité, aussi bien au sein même du régime que par rapport aux autres régimes obligatoires, le présent article propose un important ensemble de mesures, qui, ainsi que le prévoit le **II**, s'appliquent aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1^{er} janvier 2013.

Ces mesures portent sur la cotisation d'assurance maladie, sur l'assiette sociale des indépendants exerçant en société et sur les auto-entrepreneurs.

Pour l'ensemble des administrations publiques, elles se traduiront par une recette supplémentaire nette de 1,1 milliard d'euros dès 2013. En raison de la déductibilité des cotisations des travailleurs indépendants de leur revenu fiscal mais aussi des modalités et du calendrier de recouvrement de leurs cotisations, le gain diminue les deux années suivantes (920 millions d'euros en 2014 et 750 millions d'euros en 2015), mais se stabilise à partir de 2016 (920 millions d'euros).

L'étude d'impact précise en outre que pour 827 000 des 1 800 000 travailleurs indépendants, ces mesures se traduiront par une charge supplémentaire moyenne de 1 105 euros par an, s'élevant jusqu'à 10 769 euros pour les revenus supérieurs à cinq plafonds de la sécurité sociale. 499 000 travailleurs indépendants verront leur situation inchangée, tandis que 486 000 acquitteront un montant moindre de cotisations, à hauteur de 167 euros en moyenne (mais de 227 euros pour 310 000 d'entre eux, dont le revenu est inférieur 4 788 euros).

a) Une cotisation d'assurance maladie plus équitable

Le présent article entend agir à la fois sur le plafonnement de la cotisation maladie, qui bénéficie aux plus hauts revenus, et sur les modalités défavorables aux revenus les plus faibles.

● *Le déplafonnement de la cotisation*

Modifiant l'article L. 612-4 du code de la sécurité sociale, le **D du I** supprime la référence à un plafond pour le calcul des cotisations d'assurance maladie et maternité. Leur taux demeure bien évidemment fixé par décret, de même que la possibilité d'une réduction des cotisations pour les deux premières années d'activité est maintenue ; sa base juridique est même consolidée par rapport à la rédaction en vigueur du dernier alinéa de l'article L. 612-4, qui renvoie à un décret la fixation de ses dispositions d'application, « *notamment le taux et les modalités de calcul des cotisations, ainsi que les seuils d'exonération totale ou partielle* ». Les modalités de détermination de l'assiette et de paiement des cotisations (articles L. 131-6 à L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale) demeurent inchangées.

De même, le **G du I** aménage la rédaction de l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale afin de déplafonner la cotisation (maladie) sociale additionnelle de solidarité des praticiens et auxiliaires médicaux (PAM), tandis que le **C du I** précise, à l'article L. 612-3 du même code, que le taux en sera désormais fixé par décret et non plus par arrêté interministériel.

Les **H, I et J du I** procèdent à un toilettage rédactionnel de certaines dispositions suite à l'article 37 de la loi de financement pour 2012, qui avait simplifié certaines dispositions relatives aux cotisations et contributions des travailleurs indépendants.

Le taux de la cotisation demeurant inchangé, soit 6,5 %, le gain escompté de ce double déplafonnement, s'élève, selon l'étude d'impact, à 410 millions d'euros en 2013, 345 millions d'euros en 2014, 280 millions d'euros en 2015 et 345 millions d'euros en 2016. Il est important de préciser que le bénéficiaire n'en est pas réellement le RSI, mais le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) : en effet, dans la mesure où une fraction du produit de la C3S joue le rôle d'une subvention d'équilibre de la branche maladie du RSI, un moindre recours à la C3S bénéficiera donc au FSV, attributaire de troisième rang, après le RSI et la branche maladie du régime des exploitants agricoles, du produit de la C3S.

Environ 500 000 travailleurs indépendants ont un revenu annuel supérieur au plafond de la sécurité sociale. Le supplément annuel maximal de cotisation pour cette catégorie s'élèvera à 1 091 euros, pour un revenu égal à cinq fois le plafond de la sécurité sociale. Seuls 3 % des travailleurs indépendants, soit moins de 80 000 personnes, perçoivent un revenu annuel supérieur à cinq fois le plafond de la sécurité sociale : pour un revenu annuel de 250 000 euros, le supplément atteindra 5 300 euros, portant ainsi le taux effectif de cotisation de 4,4 % à 6,5 %.

● *L'instauration d'une réduction sur la cotisation minimale*

Le principe d'une cotisation minimale n'est pas remis en cause, mais le présent article propose que cette cotisation minimale fasse désormais l'objet d'une réduction.

Rétablissant un article L. 612-5 au sein du code de la sécurité sociale, le **E du I** instaure en effet une réduction sur la cotisation minimale, sous la forme d'une exonération. Son montant est maximal lorsque les revenus d'activité sont négatifs ou nuls et il est alors égal au produit du taux de cotisation et d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond de la sécurité sociale, à savoir, selon l'indication fournie par l'étude d'impact, 307 euros. Pour les revenus d'activité positifs, le montant de l'exonération décroît ensuite linéairement pour s'annuler lorsque le revenu atteint le niveau de l'assiette minimale de cotisation. La réduction ne bénéficiera qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales au montant des cotisations minimales.

La cotisation minimale exigible sera donc désormais de 638 euros – pour un revenu déclaré nul – et progressera pour atteindre 945 euros à un niveau de revenu égal à 40 % du plafond annuel de la sécurité sociale (14 549 euros).

Deux dispositions réglementaires viendront compléter cette mesure :

– un plafond de chiffre d'affaires sera fixé afin d'exclure du bénéfice de cette mesure ceux qui, bien qu'ayant un chiffre d'affaires élevé mais ayant abondamment fait usage de dispositifs d'optimisation, ne déclarent que de faibles revenus. Selon les informations communiquées par le Gouvernement, il s'agirait du seuil du régime micro-fiscal, à savoir un chiffre d'affaires annuel ne dépassant pas 81 500 euros pour un commerçant et 32 600 euros pour un artisan ou un professionnel libéral. Il faudra toutefois veiller à la faisabilité administrative de la prise en compte du chiffre d'affaires, qui constitue en effet un critère inconnu jusqu'alors dans le calcul des cotisations sociales et requiert donc une modification de la déclaration commune ;

– par cohérence, l'assiette de cotisation minimale en deuxième année d'activité sera abaissée de 29 % à 27 % du plafond annuel de la sécurité sociale (soit une moindre cotisation de 47 euros). Il s'agit ainsi d'éviter qu'à revenu identique, la cotisation due au titre de la troisième année d'activité ne devienne inférieure à celle due au titre de la deuxième année.

Enfin, cette réduction sera exclusive du bénéfice d'autres dispositifs de réduction ou d'abattement plus favorables, comme les cotisations réduites des deux premières années d'activité ou les exonérations applicables dans les DOM, et, en l'état actuel de la rédaction du présent article, sera compensée par l'État.

520 000 ressortissants, dont 160 000 déclarant un revenu nul ou une perte, devraient bénéficier de cette mesure, dont le coût est évalué à 90 millions d'euros en 2013, 80 millions d'euros en 2014, 70 millions d'euros en 2015 et 80 millions d'euros en 2016. De même que le déplafonnement de la cotisation maladie profite en dernier ressort au FSV (*cf. supra*), c'est le fonds qui supportera *in fine* le coût de cette mesure.

● *Le maintien du plafonnement pour la cotisation finançant les indemnités journalières*

Les cotisations destinées à financer les prestations supplémentaires d'assurance maladie des artisans et commerçants, en l'occurrence les indemnités journalières, étaient jusqu'à présent calculées par référence aux modalités de calcul des cotisations d'assurance maladie proprement dites (article L. 612-4 du code de la sécurité sociale), lesquelles ne prévoient plus de plafond.

Le choix du maintien d'un plafonnement pour ces cotisations nécessite donc que ce plafonnement soit explicitement prévu. Le **F du I** aménage en conséquence la rédaction de l'article L. 612-13 du code de la sécurité sociale.

Le régime actuellement applicable de cotisations minimales demeure également inchangé.

b) Une assiette plus large pour les revenus tirés d'un exercice en société

Le **I** du présent article vise à mieux appréhender les frais professionnels et les dividendes pour les travailleurs indépendants exerçant en société.

● *L'intégration des frais professionnels*

Ainsi que cela a été précédemment rappelé, du fait de l'assujettissement à l'impôt sur le revenu de la rémunération des gérants majoritaires ou associés dans la catégorie des traitements et salaires, le montant (réel ou selon un forfait de 10 %) des frais professionnels peut être déduit de l'assiette sociale, avantage dont ne bénéficient pas les travailleurs indépendants imposés dans les catégories des BIC ou des BNC.

Le **1° du A** met fin à cette double possibilité de déduction, au titre du résultat de la société et au titre du revenu imposable comme traitement et salaire. Il modifie donc l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale afin d'intégrer dans la définition de l'assiette des revenus les déductions à effectuer, pour la détermination du revenu fiscal, du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt versés pour acquérir ou souscrire des parts ou des actions d'une société.

Aux termes de l'article 83 du code général des impôts, la déduction à effectuer du chef des frais professionnels est calculée forfaitairement en fonction du revenu brut, après défalcation des cotisations, contributions et intérêts. Fixée à 10 % du montant de ce revenu, elle est limitée à 14 157 euros pour l'imposition des rémunérations perçues en 2011, ce plafond étant relevé, chaque année, dans la même proportion que la limite supérieure de la première tranche du barème de l'impôt sur le revenu.

Le même article 83 précise que les frais, droits et intérêts d'emprunt versés pour acquérir ou souscrire des parts ou des actions d'une société ayant une activité industrielle, commerciale, artisanale, agricole ou libérale dans laquelle le salarié ou le dirigeant exerce son activité professionnelle principale sont admis, sur justificatifs, au titre des frais professionnels réels dès lors que ces dépenses sont utiles à l'acquisition ou à la conservation de ses revenus.

La mesure concerne 660 000 gérants majoritaires et revient à augmenter l'assiette de 11 % pour un cotisant appliquant l'assiette forfaitaire de 10 %. L'impact financier de cette mesure est évalué à 575 millions d'euros en 2013, 460 millions d'euros en 2014, 355 millions d'euros en 2015 et 460 millions d'euros en 2016. Elle bénéficie, au titre des cotisations sociales, au FSV et, au titre de la CSG et de la CRDS, aux différents attributaires de ces deux contributions (CNAMTS, CNAF, FSV, CADES et CNSA).

Compte tenu des modalités de déclaration des revenus des travailleurs indépendants d'un exercice sur l'autre, le **1° du II** prévoit une disposition transitoire visant à approcher dès 2013 l'effet de la suppression de ces déductions. En effet, en l'absence d'un tel dispositif transitoire, l'effet de la réintégration de ces déductions ne serait pris en compte que fin 2014, c'est-à-dire au moment de la régularisation des cotisations dues au titre de 2013 : celle-ci pourrait se révéler très élevée et entraîner, par conséquent, des difficultés pour certains travailleurs indépendants. Le dispositif transitoire prévoit donc que le montant des cotisations provisionnelles dues au titre des années 2013 et 2014 sera égal au montant des cotisations provisionnelles calculé pour ces deux années en application des règles actuellement en vigueur et majoré de 11 %. Cette majoration ne pourra être supérieure à la limite de réduction prévue par l'article 83 du code général des impôts, soit 14 157 euros.

● *Un plus large assujettissement des dividendes aux cotisations sociales*

Actuellement, seuls les indépendants exerçant leur activité au travers d'une société d'exercice libéral se voient opposer une limite de 10 % des capitaux propres de l'entreprise pour l'exonération de leurs dividendes au titre des cotisations sociales. Dans les autres formes de société, les indépendants peuvent s'accorder sans limitation des dividendes soumis aux seuls prélèvements sociaux sur les revenus du capital.

Modifiant lui aussi l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, le **2° du A** propose donc d'élargir la prise en compte des dividendes à l'ensemble des travailleurs indépendants exerçant leur activité dans le cadre de sociétés assujetties à l'impôt sur les sociétés.

Environ 50 000 travailleurs indépendants seraient concernés. L'impact financier de cette mesure est évalué à 75 millions d'euros en 2013, 65 millions d'euros en 2014, 55 millions d'euros en 2015 et 65 millions d'euros en 2016, au bénéfice des régimes des indépendants et du FSV.

À l'image du dispositif transitoire prévu pour l'intégration des déductions pour frais professionnels et dans le même objectif d'éviter des régularisations trop importantes en 2014 et en 2015 (*cf. supra*), le **2° du II** prévoit que la part des dividendes perçus en 2013 et en 2014 retenue pour la détermination du revenu d'activité sera prise en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles dues au titre de ces deux années : ces revenus feront l'objet d'une déclaration obligatoire dans le délai de trente jours à compter de leur perception, afin que les caisses dont relèvent les travailleurs indépendants concernés puissent prendre en compte ces dividendes.

c) Une contributivité accrue pour les auto-entrepreneurs

Même s'il a été réduit, l'écart subsistant entre le régime des auto-entrepreneurs et le régime de droit commun des travailleurs indépendants demeure problématique du point de vue de l'équité et de la concurrence.

Le **B du I** du présent article complète donc l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que le taux de cotisation des auto-entrepreneurs garantisse désormais un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui acquitté aux mêmes titres par les travailleurs indépendants. Il confère donc une base législative à une évolution conjointe des taux de ces cotisations et contributions.

Un décret interviendra donc afin de relever les taux de cotisation des auto-entrepreneurs. Selon l'étude d'impact jointe au présent projet de loi de financement, le Gouvernement envisage de les porter de 12 % à 14 % pour les commerçants dont le chiffre d'affaires est inférieur à 81 500 euros, de 21,3 % à 24,6 % pour les artisans dont le chiffre d'affaires ne dépasse pas 32 600 euros et de 18,3 % à 21,3 % pour les professionnels libéraux relevant de la CIPAV dont les recettes sont inférieures à 32 600 euros.

Le supplément de recettes procuré par cette mesure est évalué à 130 millions d'euros à partir de 2013. Il bénéficiera à l'État, dans la mesure où les pertes de recettes résultant, pour les organismes de sécurité sociale, du régime de l'auto-entrepreneur sont compensées.

La majoration des taux n'aura bien entendu d'incidence que sur les 350 000 auto-entrepreneurs qui déclarent un revenu. L'étude d'impact jointe au présent projet de loi donne l'exemple d'un ressortissant de la CIPAV déclarant le montant moyen de recettes annuelles des auto-entrepreneurs en activité, soit 15 000 euros : sa cotisation augmentera de 37 euros par mois.

Enfin, cette mesure ne préjuge pas de l'évolution du régime de l'auto-entrepreneur que le Gouvernement a indiqué vouloir mettre en œuvre dans le courant de l'année prochaine.

*

La Commission est saisie des amendements AS 32 de Mme Bérengère Poletti et AS 49 de M. Dominique Tian de suppression de l'article.

M. Jean-Pierre Door. Nous proposons de supprimer l'article 11, qui prévoit une hausse des cotisations sociales des commerçants, artisans et professions libérales. Nous l'avons dit la semaine dernière devant le ministre délégué au budget, celle-ci est particulièrement dommageable pour ces gens qui travaillent et créent des emplois. Depuis 2007, la progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est votée en dessous de 3 % et est strictement respectée ; le déficit de la branche maladie est revenu de 11,6 milliards d'euros en 2010 à 5,5 milliards en 2012 ; nous sommes donc dans une dynamique de redressement. Selon le ministre délégué au budget, il y aura des gagnants du fait de cet article – de l'ordre de 400 000 personnes. Pour ma part, je sais qu'il y aura plus de 800 000 perdants !

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'article 11 vise à remédier aux difficultés du Régime social des indépendants (RSI), qui présente plusieurs défauts. Tout d'abord, l'effort contributif est très inégalement réparti : les assurés sociaux qui perçoivent plus de 180 000 euros par an ne payent pas de cotisations au-dessus de ce plafond. Ensuite, le niveau des contributions en vigueur dans le régime est inférieur à celui des autres régimes. De plus, les commerçants et artisans dénoncent la concurrence déloyale du régime des auto-entrepreneurs. Enfin, le conseil d'administration du RSI a approuvé cet article. Il y aura en effet 486 000 gagnants, puisque la cotisation minimale sera diminuée. Ce nombre est bien supérieur à celui des assurés que le déplafonnement contraindra à cotiser davantage.

M. Michel Issindou. Le RSI est un régime nouveau, qui connaît des difficultés, notamment du fait de l'affiliation des auto-entrepreneurs. Il était donc temps de réagir si nous voulions sauver le régime, ce que son conseil d'administration a parfaitement compris. Cela se fera en fonction des capacités contributives de chacun.

Vous écrivez dans votre exposé des motifs que « *le Gouvernement préfère augmenter les impôts pour tous les Français plutôt que de baisser les dépenses publiques improductives* ». Faut-il vous rappeler que vous avez considérablement augmenté les impôts et taxes lorsque vous étiez au pouvoir ? Nous n'avons rien contre les artisans et les commerçants, mais il est juste qu'ils contribuent comme les autres à l'effort collectif.

Mme Véronique Louwagie. Les commerçants, artisans et professions libérales travaillent beaucoup et sont très présents dans nos territoires ruraux. Ne pas appeler leurs cotisations maladie au-delà de cinq fois le plafond de la sécurité sociale me paraît une juste reconnaissance du temps et de l'énergie qu'ils consacrent à leur métier.

D'autant plus que les calculs de cotisations sont particulièrement délicats dans ce régime : les appels de cotisations s'effectuent en année n sur les bases de $n-2$, avec une régularisation en $n+1$ en fonction des revenus réels de l'année n . Je crains donc que ces modifications n'entraînent d'importantes difficultés pour les assurés.

Enfin, vous supprimez la déduction de 10 % pour frais professionnels pour les gérants majoritaires, au motif que ces frais professionnels sont pris en charge par les sociétés. Mais cela n'est pas toujours le cas. Lorsqu'il y a plusieurs gérants, par exemple, chacun assume personnellement ses charges. Vous introduisez donc une inégalité.

M. Christian Paul. Ainsi, l'un de vos premiers amendements sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale tend à refuser un prélèvement qui s'applique à des revenus annuels supérieurs à 180 000 euros ! Pour nous, redressement va de pair avec justice. Il faut faire un exercice nouveau pour entrer dans la logique de ce projet de loi, monsieur Door : les ressources et les économies nouvelles financent les dépenses nouvelles qui sont nécessaires à la santé des Français et permettent de stopper la dégradation des comptes de l'assurance maladie et de notre protection collective.

M. Bernard Perrut. Le Gouvernement a indiqué récemment qu'il souhaitait faire évoluer le régime de l'auto-entrepreneur. Peut-on connaître ses intentions ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Ce sujet ne relève pas du projet de loi de financement ; il me semble, de plus, relever davantage de la compétence de la Commission des affaires économiques.

M. Jean-Pierre Door. Le RSI connaît des difficultés de gestion que ses responsables ont évoquées à plusieurs reprises devant notre Commission, à telle enseigne que le régime a pu être contesté par les artisans et les commerçants. C'est sans doute cela qui explique le vote de son conseil d'administration.

Cette hausse des cotisations des artisans et commerçants vient s'ajouter à la suppression des exonérations de charges sociales sur les heures supplémentaires de leurs employés. Vous nous dites que les assurés dont les revenus annuels sont inférieurs à 180 000 euros par an seront moins taxés que les autres : êtes-vous certain que ces différences de prélèvements n'entraînent pas un risque d'inconstitutionnalité ?

M. Dominique Tian. Nous avons auditionné deux fois les responsables du RSI. Ce régime a été géré de façon approximative – pour ne pas dire avec un certain amateurisme –, et il y a eu des contentieux entre les gestionnaires et les assurés. Je ne voterai donc pas cette hausse des cotisations que la plupart des artisans et des commerçants ne sont pas en état de supporter.

Mme Isabelle Le Callennec. Certes, il faut faire des économies, mais cet article envoie un très mauvais signal à l'adresse des artisans et des commerçants de notre pays, qui sont déjà en proie à de grandes difficultés. Je pense en particulier aux artisans du bâtiment. Or, non seulement ces personnes travaillent énormément, mais elles s'efforcent d'embaucher et de former des jeunes, notamment dans les métiers manuels – que nous avons le devoir de revaloriser.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Le seuil de 180 000 euros annuels conduit à toucher principalement les gros cabinets d'avocats, d'experts comptables ou de consultants. Les commerçants et artisans seront très peu concernés par ce dé plafonnement qui ne concernera que 80 000 assurés. Convenez tout de même qu'il n'était pas équitable de voir disparaître toute cotisation au-delà de 180 000 euros de revenus annuels !

Parmi les 486 000 gagnants de la réforme figurent une majorité de commerçants et d'artisans, qui verront diminuer leurs cotisations minimales.

Quant aux heures supplémentaires, je vous rappelle, madame Louwagie que l'exonération n'a pas été supprimée pour les entreprises de moins de 20 salariés.

Le déficit de la branche maladie du RSI s'élève à 1,1 milliard d'euros, monsieur Door, et il est actuellement compensé par les autres régimes de sécurité sociale. Un amendement ultérieur vous proposera une recette supplémentaire pour tenter de le combler. Quoi qu'il en soit, il est de bonne pratique de réduire les disparités existantes aussi bien au sein du régime qu'entre celui-ci et le régime général.

La Commission rejette les amendements de suppression de l'article AS 32 et AS 49.

Elle est ensuite saisie de l'amendement AS 50 de M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. C'est le même sujet : il est défendu.

Mme Véronique Louwagie. La grande majorité des entreprises françaises du secteur marchand non agricole sont dirigées par des chefs d'entreprise non salariés, les travailleurs indépendants. En proposant de réintégrer dans l'assiette des cotisations sociales les dividendes versés dépassant 10 % des capitaux propres, vous faites un amalgame entre les revenus du capital et ceux du travail. Les dividendes sont d'une autre nature que les revenus du travail : ce sont des revenus du capital, qui sont d'ailleurs imposés comme tels. Il convient de maintenir cette distinction.

M. Gérard Bapt, rapporteur. On ne peut parler de revenus du capital, puisqu'il s'agit ici pour l'entreprise de contourner la distribution de revenus du travail en distribuant les bénéfices par le biais des dividendes. La fiscalité sur les dividendes est en effet inférieure aux cotisations sur le salaire déclaré du gérant.

M. Denys Robiliard. Lorsqu'on est comme moi un professionnel libéral, ou encore un artisan ou un commerçant, et qu'on exerce dans une structure de ce type, le choix du mode de rémunération prend en considération la fiscalité. Il s'agit cependant bien de la rémunération d'un travail, et non d'un capital. À cet égard, la disposition proposée à l'article 11 est particulièrement pertinente.

L'exposé des motifs de l'amendement évoque la « confusion » partielle ou totale entre le patrimoine personnel des dirigeants indépendants et celui de l'entreprise. S'agissant des sociétés anonymes à responsabilité limitée (SARL) et des sociétés anonymes (SA), on est là dans l'abus de bien social. Comment peut-on justifier un amendement par une pratique délictueuse ?

M. Dominique Tian. Comment pouvez-vous dire cela ? Ceux qui connaissent la réalité de l'entreprise personnelle et familiale savent que des apports personnels peuvent être faits, par exemple en cas de problème de trésorerie. De grâce, mesurez vos propos !

M. Denys Robiliard. La confusion de patrimoine est une cause d'extension d'un redressement ou d'une liquidation judiciaire.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Mettons-nous donc d'accord en qualifiant ces pratiques d'optimisation fiscale. Nous vous proposons simplement de limiter celle-ci.

La Commission rejette l'amendement AS 50.

Elle rejette ensuite l'amendement AS 52 de M. Dominique Tian.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS 33 de Mme Bérengère Poletti et AS 51 de M. Dominique Tian.

Mme Bérengère Poletti. Nous souhaitons supprimer l'alinéa 5 de l'article 11, qui porte atteinte au statut d'auto-entrepreneur, dont chacun connaît le succès. Ce statut présente un double intérêt. Il permet aux entrepreneurs de développer leurs projets sans risque : si l'auto-entreprise se développe, elle peut dépasser le plafond de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun. Il permet aussi à de nombreuses personnes, par exemple les retraités ou les étudiants, de bénéficier d'un revenu complémentaire. Plusieurs aménagements y ont été apportés, notamment par la loi de financement pour 2012. En alignant ses cotisations sur le régime de droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entreprise.

Mme Isabelle Le Callennec. Le statut d'auto-entrepreneur, qui a permis de créer des emplois et des entreprises, a donc aussi procuré des rentrées de cotisations. Y porter atteinte constitue un mauvais signal.

Beaucoup d'artisans, du bâtiment notamment, qui connaissent mal le dispositif, considèrent que les auto-entrepreneurs leur font une concurrence déloyale. S'il y a des problèmes, il faut y remédier, mais certainement pas en portant un mauvais coup à ce statut comme vous le faites en augmentant les cotisations.

M. Michel Liebgott. En réalité, la baisse du nombre de créations d'entreprises de droit commun a été compensée par la hausse des créations d'auto-entreprises – depuis 2009, de 40 000 à 50 000 seraient créées chaque mois. C'est dire l'effet de substitution ! Mais qu'est-ce qui se cache derrière ces pseudo-entreprises ? Souvent des petits boulots exercés par des retraités, dont la retraite est insuffisante pour vivre décemment, ou des étudiants, alors que ceux-ci devraient pouvoir étudier sans avoir besoin de travailler parallèlement ! Mais j'ai aussi connu dans ma ville un fonctionnaire qui avait développé une auto-entreprise avec sa femme, et qui était de surcroît sapeur-pompier. Est-il juste qu'une personne puisse ainsi cumuler trois revenus alors qu'à côté, des entreprises déposent leur bilan ?

M. Jean-Pierre Door. Le statut d'auto-entrepreneur visait aussi à lutter contre le travail au noir. Des personnes ayant des compétences en matière par exemple de maçonnerie, peinture, couture, jardinage, ont ainsi pu, en toute légalité, se procurer un petit revenu supplémentaire. Avec votre mesure, vous les condamnez à dissimuler de nouveau. Un retraité de 60 ans est tout à fait apte à travailler encore. Il n'est pas anormal qu'il puisse compléter sa pension. Et mieux vaut qu'il soit auto-entrepreneur que travailleur au noir ! Cet amendement est donc tout à fait justifié.

M. Christian Paul. Chers collègues de l'opposition, vous manquez de cohérence. Vous invoquiez tout à l'heure la défense des entreprises du bâtiment, alors qu'elles n'étaient pas concernées. Leur sort semble vous importer moins lorsque l'une de leurs revendications est d'être mieux protégées de la concurrence déloyale des auto-entrepreneurs ! S'il y a quelque chose de positif à retenir dans ce statut, c'est la simplification des démarches et le différé du règlement des cotisations. Pour le reste, il est normal d'aligner les taux de cotisation.

M. Dominique Tian. Avec un chiffre d'affaires annuel limité à 32 600 euros dans les prestations de services et à 81 500 euros dans les activités d'achat et de vente, il ne peut s'agir que d'activités complémentaires, d'ailleurs souvent exercées par des fonctionnaires, des enseignants, des étudiants, des retraités, bref des personnes qui ont du temps libre et préfèrent travailler ainsi de façon déclarée plutôt qu'au noir. Vous commettez une grave erreur car vous allez favoriser le développement du travail au noir. Et vous touchez des personnes modestes.

M. Rémi Delatte. L'auto-entreprise ne doit pas être considérée comme une concurrente de l'entreprise de droit commun, mais un tremplin vers elle. C'est aussi, beaucoup l'ont dit, un moyen efficace de lutter contre le travail au noir.

M. Dominique Dord. Ce statut est aussi parfois le seul moyen pour certains de nos concitoyens qui ont perdu leur emploi d'en retrouver un grâce à leur savoir-faire. Or, que je sache, les chiffres du chômage ne s'améliorent pas dans notre pays, loin de là. Vous commettez donc une faute sociale en réduisant l'intérêt de ce statut.

Mme Isabelle Le Callennec. Monsieur Paul, le secteur du bâtiment n'est pas celui dans lequel on trouve le plus d'auto-entreprises. Lorsque se posent des problèmes de concurrence, et je reconnais qu'il s'en pose dans

le bâtiment, il faut y remédier, mais n'allez pas, sous ce prétexte, remettre en question toutes les auto-entreprises, lesquelles créent de l'emploi – je pense en particulier au secteur informatique. Et comme l'ont dit mes collègues, ce statut contribue à réduire le travail dissimulé.

M. Bernard Accoyer. Le chômage, hélas, continue d'augmenter dans notre pays et les perspectives sont sombres. La disposition proposée est donc particulièrement inopportune. Le statut d'auto-entrepreneur peut constituer une solution pour certains chômeurs qui, au-delà de la cinquantaine, n'ont que peu de chances de retrouver un emploi. Sous ce statut, ils peuvent exercer quantité de petits métiers que plus personne ne veut exercer – laveur de vitres, dépanneur de petit matériel. En même temps que cela leur procure un supplément de revenu, ils y trouvent le moyen de se sentir de nouveau utiles à la société.

M. Michel Issindou. Il faudrait dresser un bilan précis du développement des auto-entreprises car tout n'a pas été positif. Les représentants du Régime social des indépendants (RSI) nous ont expliqué que les auto-entrepreneurs constituaient plutôt une charge pour leur régime : ils y acquièrent en effet des droits alors qu'ils ne cotisent pas ou très peu. Il ne semble pas scandaleux qu'ils contribuent, comme les autres, à proportion de leurs revenus. Et ne nous dites pas que cela tuera ce statut !

M. Jean-Louis Touraine. À entendre nos collègues de l'UMP, nous voudrions faire disparaître ce statut. C'est un mensonge, comme c'en était un de prétendre que nous voulions supprimer les heures supplémentaires lorsque nous avons décidé de les soumettre à cotisations sociales et à impôt dans les conditions de droit commun. Dans les deux cas, nous n'avons fait que corriger des anomalies que la situation dramatique des finances publiques de notre pays rend inacceptables. N'ayez crainte, il y aura encore demain des auto-entrepreneurs dans notre pays, comme il y a toujours des salariés qui font des heures supplémentaires.

Mme Véronique Louwagie. Cet article ne tue pas en soi le statut d'auto-entrepreneur mais il y conduira en lui faisant perdre tout intérêt. Dans ma ville, un professeur de musique, sollicité par diverses structures pour donner des cours, a pu répondre à la demande en créant son auto-entreprise sans avoir à payer trop de cotisations. Voilà ce qui demain ne sera plus possible, en tout cas n'aura plus d'intérêt ! Très vite, dans quelques mois seulement peut-être, le nombre d'auto-entreprises va s'effondrer.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet article ne touche pas au régime de l'auto-entrepreneur. Je ne peux d'ailleurs pas répondre à la place du Gouvernement sur une éventuelle évolution de ce statut : une mission a été confiée sur le sujet à Mme Pinel, ministre de l'artisanat, du commerce et du tourisme, suite aux vives protestations du monde de l'artisanat qui se plaint d'une concurrence déloyale. Cet article vise seulement à ce que les auto-entrepreneurs contribuent comme les autres, ni plus ni moins, au financement de leur protection sociale : comme ils paient moins aujourd'hui, ce sont les autres commerçants, artisans et indépendants qui paient pour eux !

Nous ne nions pas l'intérêt de ce statut, notamment pour favoriser le retour à une activité ou à un emploi – j'aurais d'ailleurs mieux compris vos amendements si vous aviez en même temps proposé une limitation de ce statut dans le temps. Mais lorsque nous voyons des cadres supérieurs ou des membres de la fonction publique se lancer, en sus de leur activité principale, dans une activité sous le régime de l'auto-entreprise, nous pensons qu'ils peuvent cotiser comme les autres. En tout cas, les dispositions proposées sont très attendues des artisans.

La Commission rejette les amendements AS 33 et AS 51.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS 212 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS 105 de M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Supprimer l'exonération de charges dont bénéficient les auto-entrepreneurs si leur chiffre d'affaires est nul reviendrait à casser un statut qui permettait à des personnes de prendre des risques pour se sortir du chômage. D'où notre proposition de supprimer l'alinéa 17.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet alinéa fixe précisément les plafonds en dessous desquels l'auto-entrepreneur bénéficie de dispositions plus favorables. Le supprimer irait à l'encontre de votre objectif.

L'amendement AS 105 est retiré.

La Commission adopte successivement l'amendement rédactionnel AS 213, l'amendement de coordination AS 214 et l'amendement rédactionnel AS 215 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

Elle examine ensuite l'amendement AS 203 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement remédie à une anomalie source d'inéquité. Par cohérence avec le déplafonnement de la cotisation d'assurance maladie des travailleurs indépendants, nous proposons de déplafonner celle sur les revenus d'activité et de remplacement perçus sur les revenus étrangers de personnes qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie. Il s'agit d'harmoniser le taux de cotisation de tous les ressortissants d'un régime français, quel que soit le lieu d'origine de leurs revenus.

M. Bernard Accoyer. Quelles sont les personnes réellement visées ? Quel type de métiers ou fonctions exercent-elles ? Je m'en inquiète quand on sait par ailleurs que le Gouvernement s'apprête à supprimer la liberté de choix de leur régime d'assurance maladie pour certains de nos compatriotes qui travaillent à l'étranger.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Ce n'est pas de cela dont il est question ici. Seraient concernés des résidents percevant des revenus d'une activité à l'étranger. Pourquoi ne cotiseraient-ils pas comme les autres ? Permettez-moi de vous faire observer qu'il s'agit d'un amendement proposé en 2009 par la majorité de l'époque, qui avait été accepté à l'Assemblée nationale, avant d'être repoussé au Sénat.

M. Jean-Pierre Door. Cela concernerait-il aussi les revenus perçus à l'étranger ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit seulement d'harmoniser les taux de cotisation de tous nos ressortissants. Je ne peux pas vous indiquer le rendement de la mesure.

M. Dominique Tian. Comment allez-vous connaître les revenus perçus par nos compatriotes à l'étranger ? Par ailleurs, lorsqu'on travaille en Afrique, on paie ses impôts et ses cotisations en Afrique.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Nous souhaitons seulement que des personnes résidant en France s'acquittent, dans les mêmes conditions que les nationaux, de leurs cotisations sur d'éventuelles activités qu'elles auraient exercées à l'étranger.

M. Denis Jacquat. En Moselle, beaucoup de gens travaillent au Luxembourg, où l'impôt est prélevé à la source. Que va-t-il se passer pour eux ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il ne s'agit pas d'impôts, mais de cotisations sociales. Si les personnes que vous évoquez perçoivent également des revenus en France, elles doivent s'acquitter de cotisations en France.

M. Bernard Accoyer. Ne pénalisez pas nos compatriotes expatriés, qui méritent au contraire tous nos égards. Ils contribuent au rayonnement de notre langue et de notre culture à l'étranger, mais aussi à notre économie en nous faisant gagner des marchés à l'exportation.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Un avocat installé à Paris peut avoir une grosse activité à Londres. Il est normal qu'il paie ses cotisations sociales dans les mêmes conditions sur ses deux activités.

Je demanderai au Gouvernement des chiffres précis sur le rendement attendu de la mesure. Nous pourrions en reparler en séance.

Mme Isabelle Le Callennec. Ce serait bienvenu pour que nous puissions nous prononcer en toute connaissance de cause. Pour le dire sans détour, à qui pensez-vous ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je pense aux finances sociales, au déficit public et à la dette de notre pays. Pourquoi certains verraient-ils leurs cotisations plafonnées alors que pour tous les autres, celles-ci sont déplafonnées ? C'est une question de principe.

La Commission adopte l'amendement AS 203.

Puis elle adopte l'article 11 modifié.

d. Amendements discutés par l'AN

1 - Amendements adoptés par l'AN

- Amendement n°758 présenté par le Gouvernement le 24 octobre 2012

Après l'alinéa 27, insérer l'alinéa suivant :

« I bis. – L'article L. 131 7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la réduction prévue à l'article L. 612 5 du même code. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 indique que la réduction de cotisation minimale créée par le nouvel article L. 612 5 du code de la sécurité sociale ne fait pas l'objet d'une compensation par l'État.

Or il résulte des articles LO 111 3 (IV) et L. 131 7 (dernier alinéa) du code de la sécurité sociale que, pour qu'une mesure d'exonération ne donne pas lieu à une telle compensation, une disposition législative doit le prévoir expressément.

Le présent amendement complète donc en ce sens le nouvel article L. 612 5 projeté.

- Amendements n°428, 429 rect., 430 et 427

Ce sont des amendements rédactionnels (428, 430 et 427) ou de coordination (429 rect.).

e. Amendements rejetés par l'AN

- Amendement n°160 déposé par M. Straumann et M. Suguenot

Supprimer les alinéas 7 à 13.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer des mesures fiscales et sociales particulièrement défavorables aux travailleurs indépendants.

À l'accroissement de l'impôt sur le revenu (IR) prévu dans le PLF pour 2013 et auquel est assujéti toutes les entreprises individuelles, viennent s'ajouter les dispositions du PLFSS pour 2013 : Le dé plafonnement des cotisations maladie, la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnel applicable aux gérants majoritaires et le paiement de cotisations sociales sur les dividendes versés.

Concernant la question des cotisations maladie, le candidat Hollande s'était engagé auprès des représentants de l'artisanat et du commerce de proximité à procéder à une concertation préalable avec les organisations concernées. Or cette concertation n'a toujours pas eu lieu.

La mesure visant à supprimer de l'abattement de 10 % pour frais professionnel applicable aux gérants majoritaires va elle aussi créer une distorsion de traitement en fonction du statut juridique des chefs d'entreprise en défaveur des plus petites entreprises puisque les patrons des grandes entreprises pourront quant à eux continuer à déduire les 10 % au titre de leurs frais professionnels.

Ces dispositions, s'accumulant aux nombreuses autres, sont contreproductives et risquent d'affaiblir la croissance puisque l'activité et l'emploi vont directement pâtir de ces augmentations.

Les entreprises de l'artisanat et du commerce de proximité créent et développent des emplois non délocalisables. Dans un contexte de crise grave, elles ont déjà beaucoup contribué à l'effort de croissance pour maintenir une économie de proximité et préserver les emplois salariés. Or les chefs d'entreprise de l'artisanat et du commerce de proximité continuent globalement à déplorer une forte détérioration de leur trésorerie au cours du printemps. 100 000 entreprises qui sont d'ores et déjà fragilisées par de lourdes difficultés de trésorerie pourraient être amenées à disparaître.

Il est donc important de ne pas créer de nouvelles iniquités. Les enjeux sont tels qu'ils méritent un vrai débat, une concertation constante et constructive avec les forces vives de la nation.

C'est pourquoi, ces dispositions doivent être retirées du PLFSS pour 2013 pour qu'une réflexion plus globale sur le coût du travail soit engagée dans le cadre des travaux du Haut conseil pour le financement de la protection sociale.

En effet, la question du coût du travail concerne le travail salarié mais également le travail non salarié.

- Amendement n°331 déposé par M. Philippe et autres.

Armand Martin, M. Suguenot, M. Moudenc, M. Decool, M. Solère, M. Lazaro, Mme Dalloz, M. Abad, M. Mathis, Mme Boyer, M. Tetart, Mme Genevard, Mme Le Callennec, M. Aubert, M. Fromion, M. Saddier, M. Appar, M. Reynès, M. Chevrollier et M. Reitzer

Supprimer les alinéas 8 à 11.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent projet de loi prévoit le dé plafonnement des cotisations maladie applicables aux travailleurs indépendants.

Il convient de souligner que les entreprises du commerce et l'artisanat de proximité créent et développent des emplois au sein de nos territoires. Dans un contexte de crise grave, ces entreprises ont contribué au maintien de nombreux emplois et au développement de l'économie de proximité.

Une telle mesure va donc à l'encontre de la compétitivité des TPE et les PME et risque de fragiliser certaines d'entre-elles.

En conséquence, le présent amendement propose de supprimer le dé plafonnement des cotisations maladie applicables aux travailleurs indépendants.

- Amendement n° 734 déposé par M. Wauquiez et autres.

Mme Guégot, Mme Grommerch, M. Breton, M. Perrut, M. Kossowski, M. de Rocca Serra, M. Quentin, M. Hetzel, Mme Levy, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moyne-Bressand, M. Foulon, M. Cinieri, M. Douillet et M. Guy Geoffroy

Supprimer les alinéas 8 à 11.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer des mesures fiscales et sociales particulièrement défavorables aux travailleurs indépendants.

À l'accroissement de l'impôt sur le revenu prévu dans le PLF pour 2013 auxquelles sont assujetties toutes les entreprises individuelles, viennent s'ajouter pour les travailleurs indépendants les dispositions du PLFSS pour 2013 : le dé plafonnement des cotisations maladie, la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnel applicable aux gérants majoritaires et le paiement de cotisations sociales sur les dividendes versés. Ces mesures représenteraient 1,1 milliard d'euros supplémentaire de prélèvements sur ces derniers.

Aussi, les conséquences de ces mesures seraient dramatiques pour les 2,6 millions de travailleurs indépendants, artisans, commerçants, entrepreneurs, professions libérales, sur lesquels repose pourtant le dynamisme de nos territoires. Dans le contexte économique incertain que nous connaissons, les dispositions présentées seraient très défavorables pour ces entreprises, en particulier les plus petites d'entre elles, qu'il convient de conforter aujourd'hui.

- Amendement n° 161 déposé par M. Straumann et M. Suguenot

I. – À la fin de l'alinéa 28, supprimer les mots :

« , sous réserve des dispositions suivantes : ».

II. – En conséquence, supprimer les alinéas 29 et 30.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer des mesures fiscales et sociales particulièrement défavorables aux travailleurs indépendants.

À l'accroissement de l'impôt sur le revenu (IR) prévu dans le PLF pour 2013 et auquel est assujetti toutes les entreprises individuelles, viennent s'ajouter les dispositions du PLFSS pour 2013 : Le dé plafonnement des cotisations maladie, la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnel applicable aux gérants majoritaires et le paiement de cotisations sociales sur les dividendes versés.

Concernant la question des cotisations maladie, le candidat Hollande s'était engagé auprès des représentants de l'artisanat et du commerce de proximité à procéder à une concertation préalable avec les organisations concernées. Or cette concertation n'a toujours pas eu lieu.

La mesure visant à supprimer de l'abattement de 10 % pour frais professionnel applicable aux gérants majoritaires va elle aussi créer une distorsion de traitement en fonction du statut juridique des chefs d'entreprise en défaveur des plus petites entreprises puisque les patrons des grandes entreprises pourront quant à eux continuer à déduire les 10 % au titre de leurs frais professionnels.

Ces dispositions, s'accumulant aux nombreuses autres, sont contreproductives et risquent d'affaiblir la croissance puisque l'activité et l'emploi vont directement pâtir de ces augmentations.

Les entreprises de l'artisanat et du commerce de proximité créent et développent des emplois non délocalisables. Dans un contexte de crise grave, elles ont déjà beaucoup contribué à l'effort de croissance pour maintenir une économie de proximité et préserver les emplois salariés. Or, les chefs d'entreprise de l'artisanat et du commerce de proximité continuent globalement à déplorer une forte détérioration de leur trésorerie au cours du printemps. 100.000 entreprises qui sont d'ores et déjà fragilisées par de lourdes difficultés de trésorerie pourraient être amenées à disparaître.

Il est donc important de ne pas créer de nouvelles iniquités. Les enjeux sont tels qu'ils méritent un vrai débat, une concertation constante et constructive avec les forces vives de la nation.

C'est pourquoi, ces dispositions doivent être retirées du PLFSS pour 2013 pour qu'une réflexion plus globale sur le coût du travail soit engagée dans le cadre des travaux du Haut conseil pour le financement de la protection sociale.

En effet, la question du coût du travail concerne le travail salarié mais également le travail non salarié.

- Amendement n° 735 déposé par M. Wauquiez, et autres.

Mme Guégot, Mme Grommerch, M. Breton, M. Perrut, M. Kossowski, M. de Rocca Serra, M. Quentin, M. Hetzel, Mme Levy, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moyne-Bressand, M. Abad, M. Foulon, M. Cinieri, M. Douillet, M. Guy Geoffroy et Mme Le Callennec

I. – À la fin de l'alinéa 28, supprimer les mots :

« , sous réserve des dispositions suivantes : ».

II. – En conséquence, supprimer les alinéas 29 et 30.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer des mesures fiscales et sociales particulièrement défavorables aux travailleurs indépendants.

À l'accroissement de l'impôt sur le revenu prévu dans le PLF pour 2013 auxquelles sont assujetties toutes les entreprises individuelles, viennent s'ajouter pour les travailleurs indépendants les dispositions du PLFSS pour 2013 : le déplafonnement des cotisations maladie, la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnel applicable aux gérants majoritaires et le paiement de cotisations sociales sur les dividendes versés. Ces mesures représenteraient 1,1 milliard d'euros supplémentaire de prélèvements sur ces derniers.

Aussi, les conséquences de ces mesures seraient dramatiques pour les 2,6 millions de travailleurs indépendants, artisans, commerçants, entrepreneurs, professions libérales, sur lesquels repose pourtant le dynamisme de nos territoires. Dans le contexte économique incertain que nous connaissons, les dispositions présentées seraient très défavorables pour ces entreprises, en particulier les plus petites d'entre elles, qu'il convient de conforter aujourd'hui.

- Amendement n°216 déposé par M. Heinrich, et autres.

M. Herbillon, M. Hetzel, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet et M. Kossowski

Supprimer l'alinéa 5.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n° 218 déposé par Mme Le Callennec, et autres.

M. Le Fur, M. Lellouche, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Le Ray, M. Lett et Mme Levy

Supprimer l'alinéa 5.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n° 219 déposé par Mme Louwagie, et autres.

M. Luca, M. Lurton, M. Mancel, M. Marc, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Olivier Marleix et M. Alain Marleix

Supprimer l'alinéa 5.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n° 221 déposé par M. Morange, et autres.

M. Morel-A-L'Huissier, M. Moudenc, M. Moyne-Bressand, M. Myard, Mme Nachury, M. Nicolin, M. Ollier, Mme Pecresse, M. Pélassard, M. Perrut, M. Philippe, M. Piron et M. Poisson

Supprimer l'alinéa 5.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n° 112 déposé par M. Tian, et autres.

Mme Le Callennec, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel

Supprimer l'alinéa 4.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La très grande majorité des entreprises françaises du secteur marchand non agricole, en particulier les établissements de moins de 200 salariés qui représentent une part écrasante des établissements (1 580 000 sur 1 586 000 selon la dernière statistique UNEDIC-Pôle emploi disponible) sont dirigées par des chefs d'entreprise non-salariés, les travailleurs indépendants.

Ce sont ces entreprises qui ont créé 3 355 000 emplois nets entre le 1er Janvier 1981 et le 31 Décembre 2010.

Le rôle de ces dirigeants indépendants est donc capital dans la création d'emploi, surtout en ce moment.

Il s'avère que, naturellement, du fait de la « confusion » partielle ou totale entre leur patrimoine personnel et le patrimoine de l'entreprise, tout accroissement important des prélèvements, qu'ils aient un caractère de cotisations sociales ou un caractère fiscal, influe sur les choix que ces dirigeants font concernant le devenir de leur entreprise, s'agissant notamment de son développement et de l'embauche de nouveaux salariés.

Or la disposition prévue au « B » du « II » de l'article 11, qui réintègre les dividendes versés dépassant 10 % des capitaux propres dans l'assiette des cotisations sociales, en créant un surcroît de prélèvements à hauteur de 75 millions d'euros, risque précisément de nuire au développement de ces entreprises, notamment en matière d'emploi, et même de remettre en cause l'existence de certaines d'entre elles.

C'est la raison pour laquelle, cet amendement vise à supprimer cette disposition.

- Amendement n° 66 rect. déposé par M. Le Ray, et autres.

M. Cherpion, M. Cinieri, M. Daubresse, Mme Duby-Muller, M. Fasquelle, M. Foulon, M. Furst, Mme Grommerch, Mme Grosskost, M. Huet, M. Lazaro, M. Le Fur, M. Le Mèner, M. Lurton, M. Mathis, M. Mignon, M. Moreau, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moudenc, M. Perrut, M. Piron, M. Sermier, M. Sturni, M. Suguenot, M. Vergnier, M. Jean-Pierre Vigier, M. Vitel, M. Dassault et M. Gorges

I. – Après l'alinéa 4, insérer l'alinéa suivant :

« A bis. – Après le mot : « provisionnel, » la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 est ainsi rédigée : « sur la moyenne des bénéficiaires de l'année d'imposition et des deux années précédentes. » ».

II. – Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« III. – La perte de recettes pour les organismes de sécurité sociale est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les cotisations des travailleurs non salariés des professions non agricoles sont calculées en pourcentage du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Ce mode de calcul pose des problèmes lors de forte variation d'activité. Cet amendement propose de calquer le mode de calcul existant pour les cotisations des non salariés agricoles par un lissage sur trois années permettant ainsi d'amortir les effets des variations.

- Amendement n° 203 déposé par M. Door, et autres.

M. Jacquat, Mme Poletti, M. Jacob, M. Poniowski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss et M. Reitzer

Supprimer l'alinéa 5.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n° 204 déposé par M. Reynès, et autres.

M. Riester, M. Robinet, M. de Rocca Serra, Mme Rohfritsch, M. Saddier, M. Salen, M. Scellier, Mme Schmid et M. Schneider

Supprimer l'alinéa 5.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n°205 déposé par M. Sermier, et autres.

M. Siré, M. Solère, M. Sordi, M. Straumann, M. Sturni, Mme Tabarot, M. Tardy, M. Taugourdeau et M. Teissier

Supprimer l'alinéa 5.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n°207 déposé par M. Warsmann, et autres.

M. Wauquiez, M. Woerth, Mme Zimmermann, M. Abad, M. Accoyer, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparou et M. Aubert

Supprimer l'alinéa 5.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n°209 déposé par M. Breton, et autres.

M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel et M. Cherpion

Supprimer l'alinéa 5.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n° 211 déposé par Mme Dalloz, et autres.

M. Darmanin, M. Dassault, M. Daubresse, M. Debré, M. Decool, M. Deflesselles, M. Degauchy et M. Delatte

Supprimer l'alinéa 5.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n° 215 déposé par M. Goujon, et autres.

Mme Greff, Mme Grommerch, Mme Grosskost, M. Grouard, M. Guaino, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet et M. Guilloteau

Supprimer l'alinéa 5.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n° 110 déposé par M. Tian, Mme Le Callennec, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article procède à l'aggravation des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants (déplafonnement des cotisations maladie, fin de l'abattement pour frais professionnels, soit un rendement de 1,1 milliard d'euros).

À l'heure où l'économie française traverse une période particulièrement difficile et où il importe de ne pas décourager l'initiative des chefs d'entreprise essentielle pour entretenir la croissance de l'activité de notre pays, cette hausse de prélèvements ciblée sur cette population, exposée aux aléas de la conjoncture, est particulièrement malvenue. Fragiliser les indépendants à l'heure où ils seront en première ligne de la crise est contraire à la volonté d'équité affichée par le Gouvernement.

- Amendement n° 202 rect. déposé par M. Door, et autres.

M. Jacquat, Mme Poletti, M. Jacob, M. Accoyer, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparou, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Baroin, M. Bénisti, M. Bertrand, M. Blanc, M. Bonnot, M. Bouchet, M. Breton, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollier, M. Chrétien, M. Christ, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentille, M. Courtial, M. Couve, M. Darmanin, M. Dassault, M. Daubresse, M. Debré, M. Deflesselles, M. de La Verpillière, M. de Rocca Serra, M. Degauchy, M. Delatte, M. Dhuicq, Mme Dion, M. Dord, M. Douillet, Mme Duby-Muller, M. Fenech, M. Fillon, Mme Fort, M. Francina, M. Furst, M. Gandolfi-Scheit, M. Gaymard, M. Guy Geoffroy, M. Gérard, M. Gest, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Philippe Gosselin, M. Goujon, Mme Greff, Mme Grommerch, Mme Grosskost, M. Grouard, M. Guaino, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Heinrich, M. Herbillon, M. Herth, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, M. Larrivé, M. Leboeuf, M. Le Fur, M. Lellouche, M. Le Mèner, M. Le Maire, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, M. Luca, M. Mancel, M. Marc, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Olivier Marleix, M. Alain Marleix, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Moyne-Bressand, M. Myard, Mme Nachury, M. Nicolin, M. Ollier, Mme Pecresse, M. Pélissard, M. Piron, M. Poisson, M. Poniatowski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss, M. Reitzer, M. Riester, M. Robinet, Mme Rohfritsch, M. Salen, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Sordi, Mme Tabarot, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Teissier, M. Terrot, M. Tetart, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Verchère, M. Vialatte, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth et Mme Zimmermann

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article prévoit que les commerçants, artisans et professions libérales vont subir une hausse de 1,3Md€ de cotisations sociales ce qui équivaut à une baisse de pouvoir d'achat. Une fois de plus, ce Gouvernement préfère augmenter les impôts pour tous les français plutôt que de baisser les dépenses publiques improductives.

L'effort de redressement des comptes sociaux a été considérable depuis quelques années. Alors que 1997 à 2002, les Objectifs de croissance de l'Assurance Maladie (ONDAM) étaient votés à 3% et exécutés à 5,5% voire plus certaines années car non maîtrisés – ce qui a fait perdre 13 Milliards d'euros à l'Assurance Maladie - depuis 2007, l'ONDAM est voté en dessous de 3% et il est respecté strictement, ce qui a représenté plus de 11 Milliards d'économie. Pour cela des réformes structurelles importantes ont été menées qui ont notamment permis de redresser les comptes de l'hôpital public pour ce qui concerne la branche maladie, ou bien, grâce à la courageuse réforme des retraites et des régimes spéciaux de sauvegarder notre système de retraite par répartition sans baisser le montant des pensions ni augmenter les cotisations, pour ce qui concerne la branche vieillesse.

Ce PLFSS vient ralentir l'effort de redressement des comptes sociaux tout en ne proposant qu'une avalanche de taxes supplémentaires.

- Amendement n°508 déposé par Mme Louwagie, et autres.

M. Abad, M. Jean-Pierre Barbier, M. Cinieri, Mme Dalloz, Mme Marianne Dubois, M. Decool, M. Fasquelle, M. Foulon, M. Fromion, Mme Genevard, M. Gorges, M. Lazaro, M. Mathis, M. Moudenc, M. Perrut, M. Reynès, M. Saddier, M. Straumann, M. Suguenot, Mme de La Raudière et M. Morel-A-L'Huissier

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article prévoit une hausse des cotisations sociales pour les travailleurs indépendants de l'ordre de 1,3 milliard d'euros.

Ce dispositif apparaît tout à fait contreproductif et décourageant pour ces professions. Outre le contexte économique défavorable qui est le nôtre, il est souhaitable d'améliorer la compétitivité de nos entreprises et de donner la possibilité aux travailleurs indépendants d'améliorer leurs investissements, donc leur productivité, et également de manière induite l'emploi.

- Amendement n°618 déposé par M. Zumkeller, et autres.

M. Vercamer, M. Morin, M. Richard, M. Demilly, M. Salles, M. Hillmeyer, M. Jégo, M. Tahuaitu, M. Favennec, M. Jean-Christophe Lagarde, Mme Sonia Lagarde, M. Maurice Leroy, M. Pancher, M. Sauvadet, M. Folliot, M. de Courson, M. Reynier, M. Gomes, M. Philippe Vigier, M. Bourdouleix et M. Fromantin

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 11 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 prévoit de supprimer le plafonnement des cotisations maladie des travailleurs indépendants non agricoles en appliquant un taux unique de 6,5 % quelque soit le niveau de revenus. Jusqu'à présent ces cotisations maladie étaient dégressives en raison d'une cotisation minimale et du maintien d'un plafonnement de la cotisation maladie.

En second lieu, cet article propose de réintégrer dans l'assiette des cotisations et contributions sociales, la déduction forfaitaire pour frais professionnels et celles des frais, droits et intérêts d'emprunt exposés pour l'acquisition de parts sociales retenues pour l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants.

Dans la conjoncture extrêmement difficile que nous traversons, les professions indépendantes veulent continuer à remplir efficacement leurs missions auprès de la population et prendre toute leur place dans l'effort de redressement économique. Prises sans aucune concertation, les mesures proposées vont toutes dans le sens d'un alourdissement de leurs cotisations et pénalisent donc directement l'embauche et l'investissement.

En outre, l'augmentation de la cotisation d'assurance maladie apparaît illégitime sachant que les prestations offertes aux membres de ces professions sont inférieures à celles dont bénéficient les cotisants du régime général. L'on ne saurait par ailleurs oublier que la réalisation de revenus atteignant le seuil visé par l'article 11 du PLFSS est pour les professionnels concernés le résultat de longues années d'investissement et d'une politique de développement créatrices d'emplois.

Enfin, la suppression de l'abattement de 10 % sur l'assiette des cotisations des gérants majoritaires de SARL et SELARL est porteuse de risques importants pour l'équilibre des régimes de retraite des indépendants car elle est de nature à conduire nombre de professionnels à abandonner la forme d'exploitation sous forme de SARL, et l'assujettissement au régime des indépendants qui en découle, au bénéfice de la forme SA ou SAS.

Il est donc proposé de supprimer l'article 11.

- Amendement n°708 déposé par M. Braillard, M. Tourret et Mme Orliac

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 11 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 a notamment pour objectif :

- de supprimer le plafonnement des cotisations maladie des travailleurs indépendants non agricoles en appliquant un taux unique de 6,5 % quelque soit le niveau de revenus. Jusqu'à présent ces cotisations maladie étaient dégressives en raison d'une cotisation minimale et du maintien d'un plafonnement de la cotisation maladie.

-de réintégrer dans l'assiette des cotisations et contributions sociales, la déduction forfaitaire pour frais professionnels et celles des frais, droits et intérêts d'emprunt exposés pour l'acquisition de parts sociales retenues pour l'impôt sur le revenu des travailleurs indépendants.

Cet amendement tend à supprimer l'article 11 du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Dans la conjoncture extrêmement difficile que nous traversons, les professions indépendantes veulent continuer à remplir efficacement leurs missions auprès de la population et prendre toute leur place dans l'effort de redressement économique.

Prises sans aucune concertation, les mesures proposées vont toutes dans le sens d'un alourdissement de leurs cotisations et pénalisent donc directement l'embauche et l'investissement.

En outre :

- L'augmentation de la cotisation d'assurance maladie apparaît illégitime sachant que les prestations offertes aux membres de ces professions sont inférieures à celles dont bénéficient les cotisants du régime général.

L'on ne serait par ailleurs oublier que la réalisation de revenus atteignant le seuil visé par l'article 11 du plfss est pour les professionnels concernés le résultat de longues années d'investissement et d'une politique de développement créatrices d'emplois.

- La suppression de l'abattement de 10 % sur l'assiette des cotisations des gérants majoritaires de SARL et SELARL est porteuse de risques importants pour l'équilibre des régimes de retraite des indépendants car elle est de nature à conduire nombre de professionnels à abandonner la forme d'exploitation sous forme de SARL, et l'assujettissement au régime des indépendants qui en découle, au bénéfice de la forme SA ou SAS.

- Amendement n°111 déposé par M. Tian, Mme Le Callennec, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel

Supprimer les alinéas 2 à 4.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La très grande majorité des entreprises françaises du secteur marchand non agricole, en particulier les établissements de moins de 200 salariés qui représentent une part écrasante des établissements (1 580 000 sur 1 586 000 selon la dernière statistique UNEDIC-Pôle emploi disponible) sont dirigées par des chefs d'entreprise non-salariés, les travailleurs indépendants.

Ce sont ces entreprises qui ont créé 3 355 000 emplois nets entre le 1er Janvier 1981 et le 31 Décembre 2010.

Le rôle de ces dirigeants indépendants est donc capital dans la création d'emploi, surtout en ce moment.

Il s'avère que, naturellement, du fait de la « confusion » partielle ou totale entre leur patrimoine personnel et le patrimoine de l'entreprise, tout accroissement important des prélèvements, qu'ils aient un caractère de cotisations sociales ou un caractère fiscal, influe sur les choix que ces dirigeants font concernant le devenir de leur entreprise, s'agissant notamment de son développement et de l'embauche de nouveaux salariés.

Or, la disposition prévue au « B » du « II » de l'article 11, qui réintègre les dividendes versés dépassant 10 % des capitaux propres dans l'assiette des cotisations sociales, en créant un surcroît de prélèvements à hauteur de 75 Millions d'euros, risque précisément de nuire au développement de ces entreprises, notamment en matière d'emploi, et même de remettre en cause l'existence de certaines d'entre elles.

C'est la raison pour laquelle, cet amendement vise à supprimer cette disposition.

- Amendement n°333 déposé par M. Wauquiez, et autres.

Mme Guégot, Mme Grommerch, M. Breton, M. Perrut, M. Kossowski, M. de Rocca Serra, M. Quentin, Mme Levy, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moyne-Bressand, M. Abad, M. Foulon, M. Cinieri, M. Douillet, M. Guy Geoffroy et Mme Le Callennec

Supprimer les alinéas 2 à 4.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à supprimer des mesures fiscales et sociales particulièrement défavorables aux travailleurs indépendants.

À l'accroissement de l'impôt sur le revenu prévu dans le PLF pour 2013 auxquelles sont assujetties toutes les entreprises individuelles, viennent s'ajouter pour les travailleurs indépendants les dispositions du PLFSS pour 2013 : le dé plafonnement des cotisations maladie, la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnel applicable aux gérants majoritaires et le paiement de cotisations sociales sur les dividendes versés. Ces mesures représenteraient 1,1 milliard d'euros supplémentaire de prélèvements sur ces derniers.

Aussi, les conséquences de ces mesures seraient dramatiques pour les 2,6 millions de travailleurs indépendants, artisans, commerçants, entrepreneurs, professions libérales, sur lesquels repose pourtant le dynamisme de nos territoires. Dans le contexte économique incertain que nous connaissons, les dispositions présentées seraient très défavorables pour ces entreprises, en particulier les plus petites d'entre elles, qu'il convient de conforter aujourd'hui.

- Amendement n°550 déposé par M. Cherpion

I. – Supprimer l'alinéa 3.

II. – En conséquence, supprimer les alinéas 6 à 30.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 11 prévoit d'augmenter les prélèvements sociaux des travailleurs indépendants et en particulier des artisans, par le dé plafonnement des cotisations maladies. Elle met fin à l'abattement pour frais professionnels.

Le dé plafonnement des cotisations maladies fragilise l'ensemble des travailleurs indépendants, quel que soit leur revenu. Or, il est essentiel de maintenir le développement et le dynamisme des entreprises artisanales.

Pour exemple, une évaluation des coûts liés à ce dé plafonnement, en plus des autres augmentations d'impôts et de taxes :

Pour un revenu annuel net de 50 000 euros, l'augmentation serait de 82€ soit +2,58 % après le PLFSS pour 2013.

Pour un revenu annuel net de 135 000 euros, l'augmentation serait de 591€ soit +7,22 % après le PLFSS pour 2013.

Pour un revenu annuel net de 190 000 euros, l'augmentation serait de 1 402€ soit +12,81 % après le PLFSS pour 2013.

De surcroît, la réintégration dans l'assiette des cotisations et contributions sociales de la déduction forfaitaire pour frais professionnels et celle des frais, droits et intérêts d'emprunt exposés pour l'acquisition de parts sociales retenues pour l'impôt sur le revenu, est injuste.

Une hausse des prélèvements influe nécessairement sur le devenir des entreprises d'où la nécessité de cet amendement visant à supprimer les alinéas 3, 6 et suivants.

- Amendement n°329 déposé par M. Philippe Armand Martin, et autres.

M. Suguenot, M. Moudenc, M. Decool, M. Solère, M. Lazaro, M. Robinet, Mme Dalloz, M. Abad, M. Mathis, Mme Boyer, M. Tetart, Mme Genevard, Mme Le Callennec, M. Aubert, M. Fromion, M. Saddier, M. Reynès, M. Chevrollier et M. Reitzer

Supprimer l'alinéa 3.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'objet du présent amendement est d'abroger le dispositif qui vise à supprimer l'abattement de 10 % pour frais professionnels.

La suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnels applicable aux gérants majoritaires va emporter une distorsion de traitement en fonction du statut juridique des chefs d'entreprises en défaveur des plus petites entreprises.

En conséquence, il y a lieu de supprimer ces dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

- Amendement n°330 déposé par M. Philippe Armand Martin, et autres.

M. Suguenot, M. Moudenc, M. Decool, M. Solère, M. Lazaro, Mme Dalloz, M. Mathis, M. Tetart, M. Aubert, M. Fromion, M. Saddier, M. Apparu, M. Reynès, M. Chevrollier et M. Reitzer

Supprimer l'alinéa 4.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'objet du présent amendement est de supprimer le dispositif qui prévoit l'extension de l'assujettissement des dividendes versés excédant 10 % des capitaux propres de l'entreprise aux travailleurs indépendants

En l'absence de toute concertation avec les instances représentatives des travailleurs indépendants et à laquelle il convient d'ajouter des contraintes fiscales et sociales toujours plus lourdes pour les travailleurs indépendants, ce dispositif ne semble pas contribuer à la pérennité et au développement des TPE et PME en France.

En conséquence, il y a lieu de supprimer ces dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

f. Compte-rendu des débats – 1^{ère} séance du 24 octobre 2012

Mme la présidente. Plusieurs orateurs sont inscrits à l'article 11. La parole est à Mme Véronique Louwagie pour deux minutes.

Mme Véronique Louwagie. J'avais déjà fait, lors de l'examen du projet de loi de finances, une remarque qui a été corroborée par nos échanges : alors que nous abordons les prélèvements sociaux des salariés ou des travailleurs non-salariés, nous pouvons regretter de ne pas étudier un budget unique prenant en compte le projet de loi de finances et le projet de loi de financement de la Sécurité sociale. Il faut avoir une dimension macroéconomique pour discuter des prélèvements que nous allons étudier.

Avant d'examiner cet article, il est nécessaire de faire un état des prélèvements qui ont été modifiés ces derniers mois dans le projet de loi de finances rectificative et le projet de loi de finances pour 2013. Nous avons relevé de 0,1 point par an jusqu'en 2017 les cotisations vieillesse sur les salaires. Nous avons supprimé la défiscalisation des heures supplémentaires et l'exonération des charges sociales et salariales pour 9 millions de salariés. Le forfait social a été augmenté de 8 % à 20 % pour 7 millions de salariés. Le barème de l'impôt sur le revenu a été gelé, ce qui représente 1,4 milliard d'euros. La contribution à l'audiovisuel public a été augmentée de 4 euros. Une nouvelle taxe de 75 % et une tranche d'impôt sur le revenu supplémentaire à 45 % ont été décidées. Tout cela représente 11,6 milliards, dont les deux tiers pèseront sur les classes moyennes.

Lorsque l'on prétend que ce sont les classes aisées qui font l'objet de ces mesures, c'est faux : quand le Gouvernement prend un euro aux classes aisées, il en prend deux aux classes moyennes.

Cet article prévoit un nouveau matraquage. Parmi les 1,8 million de personnes concernées, il y a certes plus de 480 000 gagnants, cela a été évoqué en commission, mais surtout 827 000 perdants. Les 486 000 gagnants auront un gain de 167 euros en moyenne tandis que les perdants abandonneront 1 105 euros.

C'est un prélèvement important sur nos travailleurs non salariés, qui constituent nos entreprises, nos TPE, nos PME. En leur retirant des fonds, on ne leur permet pas d'investir. Et de l'investissement en moins, c'est de l'emploi en moins.

Je regrette que ces entrepreneurs ne soient pas intervenus comme l'ont fait les « pigeons », car ce sont nos petites entreprises qui sont concernées.

Mme la présidente. Madame Louwagie, vous avez assez largement dépassé votre temps de parole. Pour la suite de nos débats, je vous invite à vous y tenir.

M. Philippe Vitel. Il faut bien que l'opposition s'exprime !

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Le Ray.

M. Philippe Le Ray. Pour espérer revenir à l'équilibre des comptes, il n'existe pas beaucoup de solutions. Seule une réforme structurelle de notre système de financement de la Sécurité sociale peut résoudre cette difficile équation.

Aussi, nous aimerions exprimer quelques idées directrices. Elles sont justes, ce terme est à la mode depuis quelque temps, et surtout en adéquation avec la réalité économique. Ce principe a récemment été rappelé par le président de la Cour des comptes, mais force est de constater que votre projet ne répond en rien à cette vision.

Pour en revenir à l'article 11, notre pays compte près de 2 millions de travailleurs indépendants. C'est une catégorie très hétérogène, qui regroupe maçons, médecins, menuisiers et PDG de sociétés anonymes, mais il me paraît important d'insister auprès de la majorité : ces femmes et ces hommes créent des emplois. Or le premier mot qui me vient à l'esprit à la lecture de cet article 11, c'est « découragement ». Les indépendants vont payer un lourd tribut : les cotisations maladie vont être relevées, vous supprimez l'abattement de 10 %, et surtout vous augmentez la cotisation des auto-entrepreneurs. Ces dispositions me paraissent contre-productives. Nous pouvons craindre des heures sombres.

Je vous le dis en tant que chef d'entreprise : vous allez affaiblir les entreprises, qui connaissent déjà une forte détérioration de leur trésorerie. Vous allez décourager les entrepreneurs, vous allez repousser les créateurs, vous allez aussi favoriser le travail dissimulé.

Ces mesures sont défavorables aux travailleurs indépendants. Ils représentent la première entreprise de France. Ce sont souvent des gens modestes, parfois issus de la France d'en bas, la France silencieuse. Je vous demande de revenir sur ces mesures injustes. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Vautrin.

Mme Catherine Vautrin. Cet article du projet de loi de financement de la Sécurité sociale continue le matraquage fiscal par l'augmentation des cotisations sociales des travailleurs indépendants. Cela vient d'être dit par mes collègues : les cotisations maladies sont relevées et uniformisées alors qu'elles étaient dégressives jusqu'à maintenant.

M. Jérôme Guedj. C'est bien le problème !

Mme Catherine Vautrin. L'abattement de 10 % pour les frais professionnels est supprimé pour les gérants majoritaires de SARL, et les auto-entrepreneurs voient leurs cotisations augmenter de deux à trois points.

Dans le contexte économique difficile que nous connaissons, s'attaquer aux travailleurs indépendants revient à augmenter les charges de nombre de travailleurs vulnérables, souvent exposés aux aléas économiques, alors que les prestations offertes en contrepartie sont inférieures à celles du régime général.

M. Jérôme Guedj. Non, elles sont alignées !

Mme Catherine Vautrin. Cela vient d'être dit, la catégorie des travailleurs indépendants est hétérogène mais ce sont eux qui font l'activité et l'emploi de proximité.

De plus, cet article n'a fait l'objet d'aucune concertation avec les acteurs concernés, mais cela devient une marque de fabrique de votre Gouvernement. Les professionnels veulent pouvoir remplir leur mission auprès de la population avec efficacité, tout en prenant part à l'effort de redressement. Mais la mesure telle que vous la mettez en place stigmatise ces travailleurs indépendants qui seront doublement sanctionnés : ils seront soumis plus directement aux difficultés de la conjoncture, et verront leurs cotisations augmenter.

Par ailleurs, un risque de déséquilibre du régime de retraite des indépendants existe, ainsi que de délaissement de la forme d'exploitation en SARL au profit des SA et des SAS avec la suppression de l'abattement de 10 % sur l'assiette de cotisation des gérants majoritaires.

Avec cet article, nous retrouvons l'un des fils conducteurs de l'action de ce Gouvernement : détricoter ce qu'a fait l'ancien gouvernement, le meilleur exemple en étant le statut de l'auto-entrepreneur.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Pour compléter les propos de mes collègues, je propose de supprimer l'article 11 qui prévoit une hausse des cotisations sociales, donc des prélèvements obligatoires pour les commerçants, les artisans, les professions libérales et indépendantes.

Lors des débats en commission, nous vous avons dit que cette mesure était dommageable pour toutes ces personnes qui travaillent, qui créent des emplois, et qui risquent d'avoir de grosses difficultés de trésorerie.

Monsieur le ministre, vous avez été maire d'une ville, vous savez que les artisans et les commerçants dans les centres villes souffrent terriblement en ce moment. Il y a 48 heures, je me suis rendu dans une chambre de

commerce et d'industrie pour rencontrer leurs délégués, et je peux vous dire qu'ils étaient dans un état de grande pâleur.

Il ne faut pas les pénaliser encore plus, n'allez pas dans ce sens, car il faut plutôt rassurer toute cette population de travailleurs.

Mme la présidente. La parole est à Mme Isabelle Le Callennec.

Mme Isabelle Le Callennec. Cet article 11 nous effraie, et nous ne sommes pas les seuls à être effrayés par sa portée.

Notre pays compte 2,6 millions de travailleurs indépendants. Je pense en particulier aux entreprises du bâtiment, qui vous ont sollicités comme nous. Elles sont extrêmement inquiètes, puisque la ponction que vous imaginez représente plus d'un milliard d'euros. J'y ajouterai les 150 millions d'euros que vous vous apprêtez à prendre dans la poche des auto-entrepreneurs. Les indépendants, cela fait déjà beaucoup ; les auto-entrepreneurs – dont on sait qu'ils créent des emplois dans notre pays –, cela fait encore plus ! Je me permettrai de relier les deux, car les entreprises du bâtiment ont posé une question sur le statut d'auto-entrepreneur : j'aimerais que l'on puisse y travailler et se mettre autour de la table pour essayer de résoudre ce problème.

Une fois de plus, vous accablez les entreprises. Monsieur le ministre, vous nous dites que vous voulez un taux de croissance de 0,8 %. Comment allez-vous chercher cette croissance...

M. Jean-Marc Germain. Avec les dents !

Mme Isabelle Le Callennec. ...si vous continuez à faire les poches des Français, des entreprises, et à tuer leur compétitivité ? Cette équation est impossible !

Monsieur le ministre, vous avez accepté de revenir sur une disposition qui ennuyait fortement les « pigeons » : vous vous êtes alors montré capable d'écouter et d'entendre le cri d'alarme qui vous était adressé. Sur cette disposition, qui représente plus d'un milliard d'euros pour les indépendants et 150 millions d'euros pour les auto-entrepreneurs, êtes-vous en mesure de reculer ? Dans ce cas, nous vous soutiendrons.

M. Michel Issindou. Cela m'étonnerait !

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Jean-Marc Germain. Un grand moment de finesse se prépare !

M. Bernard Accoyer. On peut s'interroger sur le fil conducteur de ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale et, d'une certaine façon, sur le projet de loi de finances.

Cet article 11 illustre bien une sorte d'acharnement sur une catégorie de nos compatriotes : ceux qui ne sont pas salariés du public ni salariés dans le privé. Monsieur le ministre, il y a de la misère dans cette catégorie de nos compatriotes ! Beaucoup de commerçants n'en peuvent plus, parce que la grande distribution est souvent devenue hypertrophique, hégémonique, dans des conditions que l'on ne voudrait pas rappeler, notamment il y a quelques années. Ils n'en finissent pas de payer leurs dettes, d'avoir des problèmes de trésorerie, et de ne pas pouvoir payer la marchandise. Il y a de la misère aussi chez les artisans, accablés de charges de toutes sortes. De même, les conditions sont souvent particulièrement cruelles pour les auto-entrepreneurs, qui sont plus souvent qu'on ne le croit des salariés qui ont perdu leur emploi, et qui créent ici ou là une petite entreprise avec le statut d'auto-entrepreneur pour laver des vitres, faire des petits travaux, apporter quelques services à la personne. Ce sont ceux-là qui sont visés.

M. Jérôme Guedj. Il existe un plafonnement à 180 000 euros, tout de même !

M. Bernard Accoyer. Lorsqu'ils vont commencer à décoller, ils seront concernés par toute cette série de mesures, qui les cantonnera finalement à un niveau qui semble vous convenir, si j'entends ce que vous dites et les cris qui émanent des bancs de la majorité...

Mais ces commerçants, ces artisans, ces professions indépendantes et ces gérants majoritaires, auxquels cet article prévoit de prélever 1,3 milliard d'euros, sont dans une situation que l'on peut qualifier bien souvent – beaucoup plus souvent que vous ne le croyez – de précaire. Alors, monsieur le ministre, pourquoi défendre cet article ? Pourquoi ne pas trouver des recettes ailleurs ?

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Liebgott.

M. Michel Liebgott. Ce débat est un peu surréaliste ! Nous n'avons plus l'impression de participer à un débat sur l'assurance-maladie, mais plus précisément sur le sort des petites entreprises !

Je souhaite évoquer le régime local de sécurité sociale d'Alsace-Moselle. La Sécurité sociale se porte bien lorsque l'on prend garde à trouver des ressources à aligner en face des dépenses engagées. Or dans ces départements, il existe aujourd'hui un régime complémentaire obligatoire – et non un régime assurantiel –

grâce auquel les gens peuvent effectivement se soigner, à l'inverse des autres départements français où à peine la moitié des dépenses de médecine de ville sont aujourd'hui prises en charge, ce qui pose un véritable problème, et ce qui n'est d'ailleurs pas forcément cohérent du point de vue économique puisque les malades sont ensuite obligés de se rendre à l'hôpital.

Laissons l'église au milieu du village ! Quelles sont les sommes concernées par les mesures que nos collègues de l'opposition mettent en cause ? Pour un travailleur indépendant dont le revenu annuel s'élève à 50 000 euros, la hausse des cotisations sera d'environ 80 euros. Pour un revenu annuel de 135 000 euros, soit l'équivalent de dix SMIC nets, la hausse des cotisations sera d'environ 590 euros.

Je suis le député de la circonscription d'Arcelor-Mittal, circonscription sidérurgique où le taux de chômage est particulièrement élevé dans un certain nombre de zones urbaines sensibles. Croyez-moi : le souci n'est pas de savoir si quelques uns pourront payer quelques centaines d'euros de plus, mais si certains pourront continuer de se soigner correctement, et coûter finalement moins cher à la collectivité en évitant d'être directement pris en charge par l'hôpital. (*« Très bien ! » sur les bancs du groupe SRC.*)

M. Dominique Tian. Cela n'a rien à voir !

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. L'article 11 sur lequel nous avons le plaisir de débattre est caricatural de la politique menée par ce Gouvernement : stigmatisation et acharnement contre une partie de la population, comme l'a dit M. Accoyer.

Ces travailleurs indépendants, ces libéraux, ces commerçants et ces artisans sur lesquels vous vous acharnez ne comptent pas leurs heures. Ils ne sont pas aux 35 heures, mais travaillent 60 heures, 75 heures voire plus chaque semaine !

Mme Claude Greff. Ils sont stigmatisés !

M. Arnaud Robinet. Ils sont aujourd'hui accablés de charges, et malheureusement dans l'incapacité de pouvoir embaucher, alors qu'ils en ont envie. La plupart d'entre eux ont même des difficultés à recruter dans certains secteurs d'activité : je pense aux restaurateurs et aux commerçants dans certains domaines. Aucun jeune n'est formé à leur métier. Les difficultés s'accumulent, et sont aujourd'hui amplifiées par les taxations proposées par le Gouvernement.

Les auto-entrepreneurs sont, pour la plupart, des gens qui ont perdu un emploi, qui essaient de s'en sortir, de créer leur propre entreprise et de déployer leur activité avec l'espérance que ce statut d'auto-entrepreneur ne soit qu'une étape dans la création de leur propre entreprise. Comme l'a dit Bernard Accoyer, ces indépendants, ces commerçants, ces professions libérales et ces auto-entrepreneurs se sentent aujourd'hui accablés et montrés du doigt.

Comme je l'ai dit dans mon propos introductif, ce qui nous est aujourd'hui proposé est la caricature de la politique menée par le Gouvernement, qui va à contresens de ce que font nos voisins européens à un moment où la France devrait rechercher la croissance. Quelle que soit la place où nous siégeons dans cette assemblée, à droite comme à gauche, nous espérons que la France se relève, malgré les propos du Premier ministre hier lors des questions au Gouvernement. Oui, nous voulons que la France se redresse ! Oui, nous voulons de la croissance et de la création de richesse ! Mais qui crée cette richesse ? Ce sont ces professions libérales, ces indépendants, ces commerçants et ces artisans ! Aujourd'hui, on les charge de taxes supplémentaires, et parallèlement, l'État financera des emplois d'avenir qui ne donneront aucune perspective à ces jeunes qui se retrouveront dans des secteurs non marchands...

M. Guy Delcourt. Cela n'a rien à voir !

M. Arnaud Robinet. ...comme des collectivités ou des associations qui ne leur offriront aucun débouché d'avenir, aucune perspective. Nous allons...

Mme la présidente. Conclure, monsieur le député !

M. Arnaud Robinet. ...droit dans le mur avec ce qui nous est proposé ! Bien sûr, nous soutenons l'amendement qui sera présenté par notre collègue Jean-Pierre Door, et nous demandons la suppression de l'article 11.

Mme la présidente. La parole est à M. Guillaume Larrivé.

M. Guillaume Larrivé. Monsieur le ministre, j'ai été invité ces derniers jours à participer à l'assemblée générale de la chambre des métiers de l'Yonne, et à celle de la fédération française du bâtiment. Je souhaite me faire auprès de vous le porte-parole de ce que j'ai entendu. Je vous le dis très directement : trop, c'est trop ! Les commerçants et les artisans sont déjà aujourd'hui submergés par les impôts, par les taxes, par les cotisations...

M. Philippe Vitel. Eh oui ! Ils sont étouffés !

M. Guillaume Larrivé. ...et vous souhaitez prélever sur ces petites entreprises, en 2013, 1,3 milliard d'euros de charges supplémentaires !

M. Philippe Vitel. C'est de l'acharnement !

M. Guillaume Larrivé. C'est une faute contre l'économie, notamment dans les territoires ruraux. Alourdir encore ces charges revient à attacher des boulets aux pieds des petites entreprises, à détruire des emplois. Monsieur le ministre, prenons garde à ne pas désespérer ces milliers d'indépendants qui ne demandent qu'à travailler, notamment dans les territoires ruraux. J'appelle véritablement votre attention sur cette question : vous êtes en train de désespérer la France rurale !

Mme la présidente. La parole est à Mme la rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie budgétaire et du contrôle budgétaire.

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie budgétaire et du contrôle budgétaire. Chers collègues de l'opposition, j'avoue être frappée – ce qui n'est peut-être pas nouveau – par la mauvaise foi dont vous faites preuve aujourd'hui...

M. Jérôme Guedj. C'est un festival !

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis. ...lorsqu'il s'agit d'analyser des chiffres extrêmement précis. Je me permets de vous les rappeler. Sur le million d'auto-entrepreneurs que compte notre pays, 400 000 dégagent un chiffre d'affaires : pour ceux-là, le PLFSS propose d'établir des cotisations de 37 euros par mois. Pour quelqu'un dont le chiffre d'affaires s'élève à 15 000 euros, cela représente 2,8 %, soit à peu près l'inflation. Ne venez pas nous dire que cela va tuer les auto-entrepreneurs ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Claude Greff. Il n'y a pas que les auto-entrepreneurs !

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis. Mesdames et messieurs de l'opposition, si vous acceptez qu'on puisse engranger du chiffre d'affaires dans une entreprise sans contribuer à notre système social...

Plusieurs députés du groupe UMP. Ce n'est pas ce que l'on dit !

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis. Mais si : c'est exactement ce que vous dites ! Alors effectivement, nous ne sommes vraiment pas d'accord.

M. Philippe Vitel. Ce n'est pas un raisonnement que l'on tient en temps de crise !

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis. Vous l'avez rappelé, et je vous en remercie : s'agissant du RSI, il y aura 486 000 gagnants qui récupéreront environ 167 euros en moyenne. Sur les 827 000 professionnels qui verront leur cotisation augmenter, 33 000 déclarent plus de 181 000 euros de revenus par an : ceux-là connaîtront une augmentation de cotisation d'environ 10 000 euros. Mais pour les autres, l'augmentation variera de 59 à 700 euros.

Nous aussi, députés de gauche, nous connaissons nos artisans, les boulangers, et tous ceux que vous citez ici.

M. Philippe Vitel. Allez les voir, alors !

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis. Bien sûr : nous sommes allés les voir !

M. Philippe Vitel. Pourtant, ce n'est pas ce qu'ils nous ont dit !

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis. Pour finir, je souhaite répondre à M. Larrivé qui nous a annoncé avoir participé chez lui aux travaux de l'assemblée générale des artisans. Nous y participons aussi et je l'invite à consulter le dernier rapport de la BCE sur les petites et moyennes entreprises, qui fait le point sur tous les sujets. Augmentation de clientèle, coût du travail : tout y passe. Vous y verrez, cher collègue, que la première préoccupation des petites et moyennes entreprises de notre pays est de gagner des clients...

M. Philippe Vitel. Facilitez l'embauche, alors ! Vous les empêchez d'embaucher !

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis. ...et d'avoir une capacité de production qui rencontre une demande dans ce pays. La question du coût du travail, que vous évoquez, arrive en quatrième position.

Mme la présidente. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. On nous accuse toujours de mauvaise foi. Pourtant, Michel Liebgott a fait une excellente intervention sur le régime local de sécurité sociale d'Alsace-Moselle que je défends depuis des années. Je tiens à rappeler à cette assemblée un élément essentiel : la cotisation permettant l'équilibre de ce régime complémentaire obligatoire n'est payée que par les employés. Les employeurs ne paient rien, et cela fonctionne ! Quand on parle de compétitivité, on pourrait peut-être s'en inspirer.

Mme Jacqueline Fraysse. Mais bien sûr !

M. Gérard Bapt, *rapporteur*. C'est du prosélytisme !

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Je m'associe aux propos qui ont été tenus pour dénoncer un acharnement contre les commerçants, artisans et PME. Pendant la crise, ce sont ces PME et PMI qui ont tenu le coup.

Madame Rabault, il ne faut pas confondre chiffre d'affaires et bénéfice,...

Mme Valérie Rabault, *rapporteuse pour avis*. Je ne les confonds pas !

M. Philippe Vigier. ...surtout chez un auto-entrepreneur.

M. Philippe Vitel. Eh oui !

M. Philippe Vigier. Mme Rabault est une très bonne statisticienne : je suis persuadé qu'elle saura lire les vrais chiffres. Les artisans dont le revenu est légèrement supérieur à 180 000 euros sont ceux qui ont deux ou trois salariés : ils seront directement touchés.

La difficulté est que le niveau de protection sociale est élevé en France. Nous pouvons nous en féliciter sur tous les bancs : cela a constitué un véritable amortisseur dans la crise terrible que nous avons traversée et que nous traversons. Je rappelle un chiffre : le financement de la protection sociale pèse sur notre compétitivité et nos salaires car 43,6 % de recettes sociales proviennent des employeurs et 21 % des assurés sociaux. Nous avons proposé un nouveau mode de financement de la protection sociale en baissant notamment les cotisations famille de 5,4 points. Monsieur le ministre, que ferez-vous pour conserver le même niveau de protection sociale tout en trouvant un autre mode de financement ? Chacun le reconnaît maintenant : il s'agit d'un problème de compétitivité. Les premiers éléments du rapport Gallois font d'ailleurs état du fait qu'il faudrait baisser les charges de 30 milliards d'euros.

Comment, demain, la protection sociale sera-t-elle financée ? La semaine dernière, nous n'avons pas eu de réponse à cette question car il semble qu'il y ait des discussions et des arbitrages en cours entre l'Élysée, Matignon et les ministères.

Puisque nous parlons de justice fiscale, je voudrais que nous réfléchissions une seconde à la mise en place de la taxe de 75 %. Outre le fait qu'elle exonère les revenus du patrimoine – ce qui est pour le moins étonnant – les personnes qui bénéficient du bouclier fiscal en raison de ces 75 % ne participeront pas, et vous le savez très bien madame Rabault, au financement de la protection sociale. Est-ce juste lorsque l'on gagne beaucoup alors que l'auto-entrepreneur qui fait 40 000 euros de chiffre d'affaires, lui, paiera ? Non, c'est une profonde injustice.

M. Jean-Pierre Door. Très bien.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. J'ai le plus grand respect pour les travailleurs indépendants, et c'est un travailleur indépendant qui l'a été jusqu'au 30 juin 2012 qui vous parle. (*« Ah ! » sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Dominique Tian. Enfin en voilà un !

M. Gérard Sebaoun. J'étais donc affilié à la caisse du RSI. Pour faire face au bilan catastrophique que vous nous avez légué, les charges doivent être honorablement partagées par l'ensemble des professions de notre pays. Pour ma part, demander à chacun de participer à la hauteur de ce qu'il gagne ne me pose pas de problème.

M. Philippe Vigier. Ce sont des riches ?

M. Gérard Sebaoun. Ce ne sont pas des riches. Nous demandons simplement le même taux de prélèvement et de dé plafonner ce qui était plafonné. C'est une mesure de justice.

Pour payer 5 000 euros supplémentaires par an, il faudrait gagner plus de 250 000 euros par an. C'est un effort important dont peut s'acquitter un radiologue pour ne prendre que cet exemple.

S'agissant des auto-entrepreneurs, je peux entendre vos remarques. Mais en réalité, ce sont les travailleurs indépendants que vous défendez avec une musique quelque peu douceuse, voire populiste. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

Cela me rappelle le langage du CID-UNATI de Gérard Nicoud. (*Mêmes mouvements.*) Je trouve cette musique assez désagréable.

Les auto-entrepreneurs ont été considérés par les travailleurs indépendants comme des concurrents. Il est donc normal que les cotisations sociales reviennent à un niveau d'équilibre. Cette mesure est donc juste. Et en demandant la suppression de cet article, vous avez tort. De surcroît, la tonalité populiste de vos propos n'honore pas notre débat, qui est loin d'être symbolique. C'est un débat de justice.

M. Philippe Vitel. On leur dira !

M. Dominique Tian. Ils apprécieront !

Mme la présidente. La parole est à M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj. Mes chers collègues, cet article me convient très bien parce qu'il est emblématique du redressement dans la justice, cher à Jérôme Cahuzac. Il corrige des aberrations, des anomalies, que dis-je, des injustices dans le système des travailleurs indépendants. Nous avons affaire à un régime dans lequel l'effort contributif est inégal à l'intérieur même du régime. En dessous de 7 500 euros de revenu annuel, le taux de prélèvements sociaux est supérieur à 46 %. Au-delà de 180 000 euros par an, ce taux n'est plus que de 13 %.

M. Bernard Accoyer. Vous n'avez pas besoin de hurler.

M. Jérôme Guedj. Le système est inégal également par rapport au régime général. Les cotisations d'assurance maladie au régime général sont de 13,55 % alors qu'au-delà de cinq fois le plafond – c'est-à-dire 180 000 euros –, un artisan, un commerçant ne paiera plus de cotisations. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

On aurait pu parler de la cotisation sur le financement de la perte d'autonomie en rappelant – mais ce n'est pas prévu dans ce texte, c'est une suggestion pour Jérôme Cahuzac, peut-être pour l'année prochaine – que les commerçants et les artisans n'ont pas à payer la contribution solidarité autonomie, il faudra peut-être y réfléchir un jour. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Philippe Vitel. Vous avez une vision léniniste !

M. Jérôme Guedj. Enfin, je conclurai sur les inepties proférées par Mme Vautrin. (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

Selon elle, la mesure est injuste parce que les prestations du régime du RSI sont différentes des prestations du régime général. C'est totalement faux. (*Protestations sur les bancs du groupe UMP.*)

Mme Catherine Vautrin. Calmez-vous !

M. Jérôme Guedj. Les indemnités journalières ont été alignées, les prestations en nature de l'assurance maladie ont été alignées à partir de 2001, les prestations de pension depuis 1973 et les prestations familiales depuis 1978.

Mme Isabelle Le Callennec et Mme Claude Greff. C'est faux !

M. Jérôme Guedj. Ce régime connaît un déficit de 1,1 milliard sur la branche de l'assurance maladie. Le redressement dans la justice passe par ces mesures. Je peux même vous indiquer que les bénéficiaires de ce régime et leurs représentants sont manifestement plus lucides que vous, chers collègues de l'opposition, (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP*) puisque le conseil d'administration du RSI a émis un avis favorable à cet article. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. Je suis saisie de plusieurs amendements identiques tendant à supprimer l'article 11.

La parole est à Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 110.

M. Dominique Tian. Mes collègues ont insisté sur les risques que faisait courir l'adoption de l'article 11.

Plus d'un million de personnes sont au RSA socle dans notre pays.

M. Philippe Vitel. 37 000 dans le Var.

M. Dominique Tian. Dans notre système d'assistanat, rien n'est fait par les pouvoirs publics – mais nous portons aussi notre responsabilité – pour que les gens retrouvent le chemin du travail. On nous ne sommes même pas capables de leur imposer quelques heures de travail pour le bien commun, comme cela existe dans tous les pays européens, y compris en Hollande.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Pourquoi ne l'avez-vous pas fait ?

M. Dominique Tian. En Hollande, une contrepartie est demandée pour toute demande de minimums social. Dans notre pays, plus d'un million de personnes est concerné sans aucune contrepartie à fournir.

Au lieu de ponctionner toujours plus ceux qui font des déclarations, qui ont une activité professionnelle et qui rendent des comptes, on encourage le travail au noir. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Je vous renvoie aux travaux de la MECSS, les travaux de l'Assemblée nationale : nous sommes quasiment les champions d'Europe de la fraude sociale. (*Mêmes mouvements.*)

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis. Cela faisait longtemps !

M. Dominique Tian. Nous sommes les champions d'Europe, mes chers collègues. Le conseil des prélèvements obligatoires – ce n'est pas moi qui le dis – estime que quinze à dix-sept milliards d'euros échappent ainsi à toute contribution par ces gens qui travaillent au noir...

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Qui les embauche ?

M. Dominique Tian. ...et qui trouvent que le système est beaucoup plus avantageux.

Continuez ainsi à ponctionner, à pressurer ceux qui travaillent, qui déclarent leur travail et paient des charges. Continuez à épargner ceux qui sont à la marge : ce sont dix-sept milliards d'euros qui continueront à s'échapper sans que les pouvoirs publics – et c'est très grave – ne prennent les mesures nécessaires, parce que l'inspection du travail a cessé une partie de son activité – elle ne travaillera jamais le soir, le week-end –, que les fonctionnaires n'en font pas leur priorité et que l'URSSAF est très loin de l'optimum. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Vous aurez donc deux secteurs d'activité – qui font penser à certains pays européens d'une époque antérieure : ceux où l'on travaille et l'on paie des impôts et ceux où l'on échappe à peu près à tout.

À vos yeux, ceux qui travaillent et déclarent leur travail ne paient pas assez et doivent payer davantage. C'est pourquoi je propose la suppression de l'article 11.

M. Philippe Vitel et Mme Catherine Vautrin. Très bien.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 202 rectifié.

M. Jean-Pierre Door. Le sujet mérite que l'on s'y attarde un instant.

Tout d'abord, je rappellerai à M. Guedj que les élections sont terminées,...

M. Philippe Vitel. Excellent !

M. Jean-Pierre Door. ...qu'il faudrait cesser de regarder dans le rétroviseur et qu'il serait temps de se mettre au travail. (*« Très bien » sur les bancs du groupe UMP.*)

Ensuite, monsieur le ministre, soit vous supprimez le statut d'auto-entrepreneur, soit vous le conservez. Pour notre part, nous l'avons créé afin de lutter contre le travail au noir.

M. Dominique Tian. En effet !

M. Jean-Pierre Door. Or en augmentant les cotisations et en pénalisant les auto-entrepreneurs, vous favorisez le travail dissimulé, cela ne fait aucun doute.

Continuez de charger la barque, chers collègues de la majorité, vous rendez service à l'opposition !

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Louwagie, pour soutenir l'amendement n° 508.

Mme Véronique Louwagie. Je souhaite aborder un point qui n'a pas été évoqué. L'article 11 intervient sur quatre mécanismes concernant les cotisations des travailleurs indépendants : le dé plafonnement des cotisations maladie dont nous avons parlé ; la suppression des 10 % des frais professionnels pour les gérants majoritaires ; la situation des auto-entrepreneurs et le régime des dividendes : on fait une confusion entre revenus du capital et du travail, en soumettant les revenus du capital au-delà de 10 % aux cotisations sociales.

C'est une erreur car il faut penser aux artisans, aux commerçants, aux associés-gérants qui ont souscrit des emprunts pour acheter les parts sociales et qui pensaient les financer avec des dividendes. Or, ils seront imposés à hauteur de 40 % environ sur ces dividendes.

Voici un motif supplémentaire pour demander la suppression de l'article 11.

Mme la présidente. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 618.

M. Francis Vercamer. Je ne reviendrai pas sur tout ce qui a été excellemment dit par mes collègues.

Au sein des professions indépendantes existent des disparités très fortes. La plus grande masse est représentée soit par des auto-entrepreneurs soit par des commerçants et artisans, qui ne gagnent pas forcément 180 000 euros par an, encore moins par mois.

M. Jérôme Guedj. Cinq fois le plafond.

M. Francis Vercamer. Certains gagnent très peu, et sont en très grande difficulté, notamment dans les quartiers sensibles. Je tenais à le faire remarquer.

M. Bernard Accoyer. Pourquoi M. Guedj se permet-il de rester debout ?

Mme Catherine Vautrin. Et avec les mains dans les poches ?

M. Bernard Accoyer. Quel manque d'éducation !

M. Francis Vercamer. Au-delà du montant, c'est tout de même un symbole. Voilà des gens qui ont pris des risques, ...

Mme la présidente. Monsieur Vercamer, excusez-moi de vous interrompre un instant.

Je souhaite demander à M. Guedj de bien vouloir s'asseoir. (*« Très bien » sur les bancs du groupe UMP.*)

Veillez poursuivre, monsieur Vercamer.

M. Francis Vercamer. Ce sont des gens, disais-je, qui ont pris des risques et qui, souvent, disposent de peu de protection sociale, ils ne sont même pas aux Assedic, il faut le savoir.

M. Bernard Accoyer. Tout à fait.

M. Francis Vercamer. Si leurs difficultés financières augmentent, ils se retrouvent à la rue. Ce sont de ceux-là dont on parle plus que de ceux qui gagnent 180 000 euros par an.

Avec cet article, vous alourdissez la fiscalité des travailleurs indépendants, qui travaillent souvent dans les quartiers les plus en difficulté. Les auto-entrepreneurs sont souvent des chômeurs qui ont décidé de refaire leur vie.

M. Jean-Marc Germain. Ils ne gagnent pas 180 000 euros.

Mme la présidente. La parole est à M. Thierry Braillard., pour soutenir l'amendement n° 708.

M. Thierry Braillard. Quelques mots sur l'incidence de l'article 11 sur les professions libérales. Les cotisations maladie sont dégressives en raison de l'existence d'une cotisation minimale et du maintien d'un plafonnement de cotisations, avec un taux de cotisation qui est fixé à 5,9 % pour les revenus dépassant le plafond annuel de la Sécurité sociale. Aucune cotisation n'est due sur les tranches de revenus qui dépassent un montant égal à cinq fois le plafond de la Sécurité sociale.

Avec l'article 11, on va supprimer le plafonnement et introduire une différence importante entre les professionnels libéraux et les professionnels salariés.

M. Bernard Accoyer. Très bien. Il a raison.

M. Thierry Braillard. Je pense en particulier à la profession d'avocat.

Plusieurs députés du groupe UMP. Très bien.

M. Thierry Braillard. Écoutez-moi jusqu'au bout, chers collègues, et cessez de m'interrompre.

M. Francis Vercamer. Mais on est d'accord avec vous ! (*Sourires.*)

Mme la présidente. Seul M. Braillard a la parole.

M. Thierry Braillard. Aujourd'hui, les prestations ne sont pas les mêmes ; l'augmentation de la cotisation d'assurance maladie aura un impact sur les petits cabinets, qui avaient une cotisation minimale et qui, selon le chiffre d'affaires, pouvaient payer leurs cotisations. Maintenant, tout le monde sera au taux unique de 6,5 %.

Mme Catherine Vautrin. Oui !

M. Thierry Braillard. Alors que l'on sait que ces secteurs embauchent, notamment de jeunes avocats qui arrivent sur le marché, prendre une telle mesure pénalisera toute une profession. (*Applaudissements sur les bancs du groupe RRDP et sur les bancs des groupes UMP et UDI.*)

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Ces amendements de suppression de l'article 11 ont donné lieu à de longues discussions en commission.

Dans l'esprit de la commission, il fallait suivre les propositions du Gouvernement pour corriger une double iniquité du système de cotisations pour les professions indépendantes, une iniquité interne et une iniquité externe.

L'iniquité interne était double. D'une part, c'est dans ce seul régime que l'on trouve encore la notion de plafonnement. Au-delà d'un certain seuil, la progression des cotisations est arrêtée alors que le revenu est très important. D'autre part, l'iniquité interne est également entre les entrepreneurs et les auto-entrepreneurs. J'ai bien entendu Mme Le Callenec faire une petite nuance pour ce qui concerne le bâtiment. Ces dernières années, les représentants de l'Union professionnelle artisanale, particulièrement de la CAPEB, que nous avons rencontrés nous ont fait part des plaintes des artisans à propos de la concurrence déloyale qu'ils subissaient de la part des auto-entrepreneurs. Les élus consulaires nous ont certes indiqué que, dans certains cas, ces auto-entrepreneurs s'inscrivaient ensuite au registre de l'artisanat ou au registre du commerce ; c'est là une issue sociale positive pour des personnes en difficulté. Ces faits de concurrence déloyale ne nous en ont pas moins été rapportés et participent de cette iniquité interne.

L'iniquité est aussi externe : à revenu égal – 1 200 euros par mois par exemple – pourquoi un travailleur indépendant paierait-il moins de cotisations qu'un salarié pour la même protection ?

M. Jérôme Guedj. La même protection, madame Vautrin !

M. Gérard Bapt, rapporteur. Pour ce qui est de la réalité des chiffres, il faut bien voir que sur 1,1 million d'entrepreneurs concernés, la situation sera inchangée, peu ou prou, pour 500 000 d'entre eux. Pour 490 000, le changement se soldera par une diminution, y compris pour certains auto-entrepreneurs qui ont des revenus.

L'augmentation véritable ne touchera que 3 % d'entre eux, soit 80 000, ceux qui ont un revenu supérieur à 180 000 euros. Il ne s'agit pas de petits artisans du bâtiment, il s'agit en vérité d'indépendants qui appartiennent à de gros cabinets de consultants, d'avocats, parfois à d'autres professions libérales.

M. Philippe Vigier. Ce n'est pas vrai !

M. Gérard Bapt, rapporteur. Que va-t-il se passer pour eux ? Pour un revenu annuel de 250 000 euros, ils auront 5 300 euros de cotisations supplémentaires. Mais lorsque l'on gagne 250 000 euros, pourquoi ne pourrait-on consentir un effort supplémentaire pour faire face au déficit du régime social des indépendants ?

M. Arnaud Robinet. Vous êtes dans la caricature !

M. Gérard Bapt, rapporteur. Le taux effectif de cotisations passera pour eux de 4,4 % à 6,5 %. C'est ce que nous appelons le redressement des finances publiques dans la justice. Ceux qui payaient moins verront leurs cotisations parfois diminuer et ceux dont les cotisations étaient plafonnées paieront davantage.

La commission des affaires sociales, madame la présidente, a rejeté ces amendements de suppression. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC, écologiste et GDR.*)

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Le Gouvernement est défavorable à ces amendements de suppression, madame la présidente.

Je voudrais tout d'abord indiquer à Jean-Pierre Door que le dialogue se tient à l'occasion de ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale comme il s'est tenu à l'occasion du projet de loi de finances. Ceux qui ont l'habitude de ces débats savent parfaitement qu'une dialectique se noue entre majorité et opposition, avec parfois des moments de tension, mais le plus souvent des tentatives d'écoute de part et d'autre.

Mme Claude Greff. Des tentatives !

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Naturellement, selon les sujets ou selon l'heure plus ou moins tardive de nos débats, ces tentatives sont parfois moins évidentes. En ce qui me concerne, ma volonté de dialogue est totale et complète, je crois l'avoir démontré la semaine dernière.

Mme Claude Greff. Pas vraiment !

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Je ne conteste évidemment pas aux parlementaires leur droit fondamental d'amendement. Il demeure cependant, comme l'a souligné avec raison Jérôme Guedj, que ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale a été approuvé par le conseil d'administration du régime social des indépendants, lequel comprend en son sein l'ensemble des professions que l'opposition a citées en pensant les défendre parce qu'elle partait du principe qu'elles rejetaient ce projet.

Les dispositions que nous vous proposons sont-elles agréables pour l'ensemble des cotisants de ce régime ? Probablement pas. Reste que nous avons recherché un compromis et que le texte gouvernemental reflète assez bien cette tentative.

S'agissant des auto-entrepreneurs, monsieur Door, il ne s'agit pas de supprimer ce statut. Vous l'avez créé, et nous ne méconnaissons pas son intérêt. Mais il faut bien voir que ce statut conserve des avantages par rapport aux concurrents des auto-entrepreneurs que sont les commerçants et les artisans inscrits aux différents registres. Les obligations déclaratives sont beaucoup plus simples dans le régime des auto-entrepreneurs, vous le savez. L'avantage essentiel qui est au principe de ce régime – pas de chiffre d'affaires, pas de cotisations – est respecté.

M. Philippe Vigier. Très bien !

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. En revanche, nous estimons qu'il est temps maintenant d'harmoniser le régime des cotisations sociales des auto-entrepreneurs avec le régime de ceux avec qui ils sont en concurrence, faute de quoi celle-ci risquerait de devenir déloyale. Je doute que les commerçants et les artisans, qui sont soumis à des obligations déclaratives, à des obligations assurantielles, et qui ont des comptes à rendre en matière de temps, soient nombreux à voir dans ce régime dérogatoire quelque chose de juste et de compréhensible. Je doute aussi qu'ils apprécient beaucoup que des députés récuser cette forme d'harmonisation qui tend à rétablir les conditions d'une concurrence saine et loyale.

S'agissant des travailleurs indépendants, que vous avez abondamment cités, il ne faut pas oublier qu'un peu moins de 500 000 sortent gagnants de cette réforme, ce qui explique en partie le vote favorable du conseil d'administration du régime social des indépendants. Auparavant, jusqu'à une fois le plafond de Sécurité sociale, soit 2,5 SMIC – 36 000 euros –, la cotisation était forfaitaire, à 946 euros ; nous mettons en place une cotisation dégressive allant jusqu'à un peu plus de 300 euros d'exonération lorsqu'il n'y a pas de chiffres d'affaires. Cela fait un peu moins de 500 000 gagnants parmi ces professionnels que vous avez cru bon de défendre. Mais ceux-là n'ont pas besoin d'être défendus par l'opposition : le Gouvernement et la majorité qui

le soutien s'en sont déjà chargés. Si vous approuvez cette mesure, c'est de manière consensuelle qu'un sort meilleur sera désormais réservé à ces indépendants dont le chiffre d'affaires, et donc le revenu, est modeste ou très modeste. Au moins sur ce point pourrions-nous nous entendre.

S'agissant de la rémunération par les dividendes, je crains, madame la députée, qu'il y ait confusion. Il ne s'agit pas de taxer le capital, il s'agit simplement de considérer qu'au-delà d'un certain pourcentage du chiffre d'affaires versé sous forme de dividendes, on a affaire non à des revenus du capital mais à des revenus salariaux dissimulés. Vous savez sur quels éléments se fonde ce constat : sur des rapports très nombreux et des remarques au moins aussi nombreuses de la part de professionnels. Chacun sait bien que ceux d'entre eux qui avaient fait le choix de se rémunérer sous forme de dividendes ne le faisaient que pour éviter les obligations attachées aux rémunérations salariales.

Cette mesure vise, non à lutter contre la fraude, puisque cette possibilité était tout à fait légale, mais à instaurer une forme de moralisation et à rétablir une concurrence saine et loyale. Prenons deux indépendants exerçant le même métier, réalisant des chiffres d'affaires comparables, dont l'un se rémunérerait sous forme de salaires, avec les charges qui y sont attachées, et l'autre sous forme de dividendes, pour éviter précisément ces charges. Qui ne voit que l'un possède à l'égard de l'autre un avantage concurrentiel qui n'est pas d'une totale loyauté ?

Je ne crois donc pas qu'il s'agisse d'une mesure qui frappe le capital. En tout cas, je vous assure que telle n'est pas l'intention du Gouvernement. Il s'agit d'une mesure qui tend à harmoniser et à rétablir une forme de loyauté dans la concurrence. Comme vous, nous croyons aux offres concurrentielles pour le bon fonctionnement de l'économie de marché mais également la satisfaction des consommateurs. Le rôle des pouvoirs publics est simplement de vérifier que cette concurrence se fait loyalement. À défaut, ce sont l'intérêt général et les consommateurs qui y perdent.

Telles sont les motivations qui ont inspiré cette mesure que je viens de défendre en espérant vous avoir au moins un peu convaincus que nous ne sommes pas animés des noires intentions que vous nous avez prêtées.

M. Arnaud Robinet. Les Français en jugeront !

M. Jérôme Cahuzac, *ministre délégué.* S'agissant des frais professionnels, là encore, essayons de regarder les choses en face. Ceux-ci sont déduits du résultat de l'entreprise quand celle-ci est assujettie à l'impôt sur les sociétés. Ils ne sont pas méconnus, ils ne sont pas négligés. Ils sont pris en compte à hauteur de 10 %, comme le veut la règle de notre système fiscal.

Mais les gérants majoritaires déduisent deux fois les frais professionnels au titre de leurs impôts et au titre de leurs cotisations sociales. Cette double déduction, nous la maintenons pour l'assiette fiscale, même si l'on peut se poser la question de sa légitimité. En revanche, nous estimons que, pour l'assiette sociale, maintenir une double déduction ne serait pas raisonnable. Là encore, nous voulons harmoniser les assiettes et les taux, tant il est vrai que les divergences de traitement aboutissent à rendre illisible le système des régimes de protection sociale. C'est une forme d'harmonisation. N'y voyez pas d'attaque contre quiconque. N'y voyez aucune méconnaissance de l'intérêt de ces entreprises ni de l'ardeur au travail de ceux qui les dirigent : je suis le premier à reconnaître le mal qu'ils se donnent. Mais en même temps, se donner du mal n'exonère pas de contribuer, comme les autres, à l'effort de redressement. Récuser cette deuxième déduction de frais professionnels ne me paraît donc pas mériter la dureté des critiques que vous avez pu émettre.

J'en viens enfin à la question du dé plafonnement, qui est vraiment une question de fond : chacun dans ce pays doit-il contribuer à hauteur de ses moyens ? C'est un choix politique par essence. Je respecte celui que vous faites, mesdames, messieurs de l'opposition : vous estimez que parce que ces professionnels appartiennent au régime social des indépendants, ils n'ont pas à cotiser sur la totalité de leurs revenus. Le Gouvernement propose à l'Assemblée nationale de faire un autre choix. Ce choix est-il particulièrement pénalisant pour certains jeunes avocats nouvellement recrutés dans un cabinet ou certains jeunes médecins ouvrant un cabinet médical ? Pardonnez-moi, mais je connais peu de jeunes médecins qui peuvent déclarer au début de leur activité un revenu de 180 000 euros par an, et encore moins de jeunes avocats qui seraient d'emblée rémunérés à ce niveau. Appeler de tels exemples en renfort de votre argumentation ne me paraît pas faire preuve d'objectivité, à moins que vous ne m'indiquiez – faits qui ne seraient pas parvenus à ma connaissance – des recrutements par centaines ou par milliers de jeunes professionnels à ce niveau de rémunération annuelle. En réalité, il n'y en a pas.

Le rapporteur a indiqué quel effort supplémentaire serait demandé aux professionnels ayant 200 000 ou 250 000 euros de revenus annuels. Ce n'est pas une caricature, c'est la réalité : certains gagnent même 300 000 voire 500 000 euros. Ces cas existent et tant mieux pour ceux qui sont concernés. Il ne s'agit pas de les stigmatiser parce que leur niveau de vie est infiniment supérieur à celui des parlementaires avec leur indemnité. Tant mieux pour eux si leurs talents, leurs compétences, leurs mérites sont reconnus et leur permettent d'être honorés à ce niveau-là. Toutefois, ce n'est pas parce qu'ils ont ce talent-là, qui serait

nettement supérieur à celui des autres, qu'ils devraient s'exonérer d'une juste contribution à un système de protection sociale dont ils bénéficient autant que les autres et certainement pas moins – au nom de quoi, d'ailleurs ?

J'ajoute une deuxième question. Puisque nous savons tous qu'il faut redresser les comptes sociaux – sur l'objectif nous nous accordons même si nous divergeons sur les moyens –, si ce n'est pas à ceux-là que l'on peut demander un effort, alors à qui d'autre le demander ? Devons-nous le demander à ceux qui contribuent déjà sur la totalité de leurs revenus, ou plutôt à ceux qui pour l'instant ne contribuent que sur une part de leurs revenus ? Le plafond de 180 000 euros, ce n'est pas nous qui l'avons fixé. Nous l'avons trouvé déjà établi. Cette cotisation est actuellement dégressive : 6,5 % jusqu'à une fois le plafond annuel de la Sécurité sociale, 5,9 % entre une et cinq fois le plafond de la Sécurité sociale – ce qui correspond déjà à des rémunérations importantes –, et au-delà plus rien. C'est vrai que cela ne nous paraît pas juste. Mais vous n'êtes pas dans l'erreur en indiquant que l'effort que nous demandons à ces professionnels est incontestablement conséquent. Il faut l'assumer en justice, en équité, parce que la situation du pays appelle précisément ce type d'effort de la part de ceux-là.

Pour autant, le taux de cotisation appliqué à ces revenus ne sera pas identique à celui appliqué aux salariés. Il s'en faudra probablement de quatre à cinq points de moins à périmètres comparables, après correctifs sur les cotisations et les prestations. Il se trouve donc que ces professions, même en cotisant désormais davantage, cotiseront moins que les salariés pour des avantages qui pour l'assurance maladie et les indemnités journalières sont identiques – ils ne le sont pas pour la maternité.

Certes, ce qui est proposé par le Gouvernement est rude pour certains mais il me semble que c'est légitime. Nous pouvons justifier ces mesures et les défendre, mesdames, messieurs les députés de la majorité, auprès de ceux qui ne manqueront pas de vous questionner, voire de protester. Il faut assumer cette décision.

Et, je me répète, la meilleure façon de faire admettre que ce type de mesure est légitime est de poser la question que je posais tout à l'heure aux députés de l'opposition : si ce n'est pas à ceux-là que l'on peut demander cet effort, alors à qui d'autre le demander ?

Le Gouvernement appelle au rejet de ces amendements de suppression. (*Applaudissements sur les bancs des groupes SRC et écologiste.*)

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Marc Germain.

M. Jean-Marc Germain. Le groupe socialiste, vous l'aurez deviné en écoutant ses orateurs, appelle à rejeter ces amendements.

Je souhaite faire une mise au point à l'attention de M. Vercamer : il n'y a pas d'un côté les employeurs qui prendraient tous les risques, et de l'autre les salariés qui n'en prendraient aucun. Chez Arcelor Mittal, les salariés se retrouvent sur le carreau, tandis que le patron se porte très bien, merci pour lui.

Cessez aussi de dire que nous ne défendons pas les employeurs. Nous recherchons des recettes pour la Sécurité sociale parce que nous avons un trou de 25 milliards à combler. Nous le faisons avec des principes simples, qu'a parfaitement rappelés M. le ministre. Si une mesure est conforme à ces principes, on la garde, si elle ne l'est pas, on l'écarte.

Premier principe : tous les revenus doivent contribuer de manière égale, quelle que soit leur origine – capital, travail salarié, travail indépendant. Voilà ce que propose cet article : on le garde.

M. Bernard Accoyer. Comme ça, il n'y aura plus un seul investisseur !

M. Jean-Marc Germain. Deuxième principe : la progressivité, qui signifie que chacun doit contribuer en fonction de ses moyens. En abaissant la cotisation minimale, cet article favorise les plus bas revenus et supprime la dégressivité. Il instaure ainsi un prélèvement plus progressif sur les travailleurs indépendants : on le garde.

Telles sont les deux raisons pour lesquelles nous appelons à rejeter ces amendements de suppression.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Le groupe écologiste défend la même position. Nous devons revenir aux fondamentaux, en l'occurrence l'ordonnance de 1945 qui dispose que « chacun contribue selon ses moyens et reçoit selon ses besoins ». Certains ici trahissent cette ordonnance, et je me félicite que la majorité y reste fidèle. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Louwagie.

Mme Véronique Louwagie. Je rappelle que ce prélèvement relativement important – 1,3 milliard d'euros – intervient alors que nos entreprises rencontrent de nombreuses difficultés ; chacun connaît la situation économique.

Nos PME et nos TPE sont concernées par ce dispositif, les SARL étant particulièrement affectées au travers des gérants majoritaires et de la réintégration des dividendes versés excédant 10 % du capital. Ces entreprises se situent principalement en territoire rural, et sont celles qui emploient et investissent.

Aujourd'hui, vous vous apprêtez à les taxer de manière importante, à leur asséner un véritable coup de massue qui conduira à réduire leurs investissements. Par ailleurs, en déplaçant les cotisations maladies au-delà de 180 000 euros, vous déstabilisez des mécanismes existants et portez un coup brutal à la compétitivité et à l'économie. Nous maintenons donc ces amendements. (« Très bien ! » sur les bancs du groupe UMP.)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vigier.

M. Philippe Vigier. Je suggère à M. Germain de relire la loi de finances. Que prévoit cette loi pour ceux qui paieront la fameuse taxe à 75 %, puisque les revenus du patrimoine en seront exemptés ? Vous le savez très bien ! Ne feignez pas de l'oublier, et cessez de dire qu'il s'agit de justice sociale.

Par ailleurs, ces personnes bénéficiant du bouclier fiscal ne paieront pas la protection sociale. Votre raisonnement ne tient donc pas.

Enfin, les auto-entrepreneurs sont souvent des hommes et des femmes qui étaient au chômage et rencontraient des difficultés. Lors de la mise en place de ce statut, nous faisons partie de ceux qui avaient émis des réserves sur la professionnalisation. Or, les chambres consulaires font aujourd'hui en sorte que pas un seul auto-entrepreneur ne s'installe sans obtenir une habilitation – je vois l'un de nos collègues socialistes acquiescer. Je souhaitais rétablir la vérité sur ce sujet.

(Les amendements identiques n^{os} 110, 202 rectifié, 508, 618 et 708 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 111 et 333. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour défendre l'amendement n^o 111.

M. Patrick Hetzel. Mme Louwagie a utilisé le terme de brutalité : c'est bien de cela dont il s'agit.

Nous nous doutions bien que, comme depuis le début de cette législature, nos arguments concernant ces amendements de suppression ne seraient pas entendus. Nous vous proposons donc un amendement de repli, visant à supprimer les alinéas 2 à 4 de l'article 11.

L'objectif est de supprimer des mesures fiscales et sociales particulièrement défavorables aux travailleurs indépendants. Ceux-ci subiront en effet, outre l'accroissement de l'impôt sur le revenu prévu dans le projet de loi de finances pour 2013 – auquel sont assujetties toutes les entreprises individuelles –, les nouvelles mesures prévues dans le PLFSS telles que le déplaçonnement des cotisations maladie, la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnels applicable aux gérants majoritaires et le paiement de cotisations sociales sur les dividendes versés.

Concernant la question des cotisations maladie, je souhaite rappeler que le candidat François Hollande s'était engagé auprès des représentants de l'artisanat et du commerce de proximité à procéder à une concertation préalable avec les organisations concernées. Non seulement nous attendons toujours cette concertation, mais certaines mesures nous sont d'ores et déjà présentées sans la moindre concertation.

La mesure visant à supprimer l'abattement de 10 % pour frais professionnels applicable aux gérants majoritaires créera elle aussi une distorsion de traitement en fonction du statut juridique du chef d'entreprise. Cette distorsion jouera en défaveur des plus petites entreprises, les patrons des grandes entreprises pouvant en effet continuer à déduire les 10 % au titre de leurs frais professionnels.

Toutes ces dispositions, s'ajoutant à de nombreuses autres, sont contreproductives et risquent à l'évidence d'affaiblir la croissance, car ces augmentations pénaliseront directement l'activité et l'emploi. C'est la raison pour laquelle nous souhaitons que cet amendement soit retenu.

Mme la présidente. La parole est à Mme Isabelle Le Callennec, pour défendre l'amendement n^o 333.

Mme Isabelle Le Callennec. Alourdir les charges pesant sur les entrepreneurs en général, et sur les indépendants en particulier, est exactement l'inverse de ce qu'il faudrait faire en période de crise.

Par cette attaque en règle, vous prenez un risque majeur : celui de supprimer des milliers d'emplois non délocalisables. Vous récolterez certes un peu plus d'un milliard d'euros de recettes à court terme, mais la facture en sera rapidement très élevée en termes de dépôts de bilan, de liquidations, de chômage, d'absence de débouchés pour les apprentis et de travail dissimulé, entraînant par conséquent une baisse des recettes sociales et fiscales.

De grâce, chers collègues, rejoignez-nous pour voter la suppression de ces alinéas de l'article 11 qui, s'il est adopté dans sa totalité, sera véritablement dramatique pour les très petites entreprises de notre pays. S'il vous plaît, rejoignez-nous !

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Ces amendements ont été rejetés par la commission.

Je signale toutefois à Mme Le Callennec que ces amendements ne visent pas la défense des petites entreprises, mais le maintien de la possibilité pour les gérants majoritaires de déduire deux fois leurs frais professionnels, ainsi que le non assujettissement aux cotisations des travailleurs indépendants exerçant sous la forme de sociétés. Or, je ne pense pas que soient nombreux les commerçants ou petits artisans exerçant sous cette forme !

Je rappelle également que le RSI est un régime par nature équilibré : en cas d'insuffisance de cotisations, la C3S – cotisation pesant sur les entreprises – sert de variable d'ajustement. D'un côté, vous nous reprochez d'alourdir les charges des entreprises, mais de l'autre vous proposez, en réclamant la suppression des mesures de justice que nous proposons, d'alourdir les charges des entreprises ! C'est paradoxal et contradictoire.

Mme Valérie Rabault, rapporteure pour avis. Très bien ! Exactement !

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je demande donc le rejet de ces amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Le Gouvernement appelle à rejeter ces amendements.

Je tiens en outre à préciser, concernant la question des dividendes, que c'est la majorité précédente qui a instauré cette mesure, en la limitant aux sociétés d'exercice libéral et aux entreprises individuelles à responsabilité limitée. Si vraiment il existait de petites entreprises à préserver, il ne fallait pas toucher à ces entreprises-là lorsque vous étiez dans la majorité, mesdames et messieurs les députés de l'opposition ! Elles sont en effet, en taille comme en chiffre d'affaires, plus petites que celles que nous souhaitons voir visées par cette mesure, lesquelles sont assujetties à l'impôt sur les sociétés.

Nous étendons une mesure que vous avez créée : je comprends que vous ne l'approuviez pas, mais je m'en serais voulu de ne pas vous rappeler vos actes !

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Parmi les arguments avancés par M. le ministre, M. le rapporteur ou divers membres de la majorité, certaines affirmations paraissent un peu surprenantes.

Prenant prétexte de ce que ces dispositions ont été instaurées par la majorité précédente, vous affirmez, monsieur le ministre, que les alourdir ne posera aucun problème. Tout est affaire de nuances, particulièrement avec ce texte qui, en déplaçant et en augmentant les taux, aggravera la situation.

En effet, les dirigeants et personnes physiques concernés par ces dispositions dont nous demandons l'abrogation ne se servent souvent pas de salaire pendant un an ou deux, prennent des risques, et apportent même parfois leurs propres capitaux – M. Germain l'a rappelé – pour développer leurs entreprises.

Nous nous élevons contre la volonté de taxer au même niveau les revenus des investissements et les revenus du travail. On ne peut pas les placer sur le même plan, car les personnes visées par cet article assument une part de risque. Si cette part est confisquée ou surtaxée, plus personne ne prendra le moindre risque, et il n'y aura plus d'entrepreneurs.

Du reste, si vous avez reculé devant le mouvement des chefs d'entreprises, monsieur le ministre, c'est bien parce que vous avez commencé à le comprendre. Nous vous invitons donc à adopter ces amendements.

(Les amendements identiques n^{os} 111 et 333 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements, n^{os} 550 et 329, pouvant être soumis à une discussion commune. La parole est à M. Gérard Cherpion, pour soutenir l'amendement n^o 550.

M. Gérard Cherpion. M. le ministre a affirmé un peu plus tôt que les prestations étaient égales pour les travailleurs indépendants et les salariés ; or, ce n'est pas le cas ! Les prestations que reçoivent les travailleurs indépendants ne sont pas exactement de même niveau, comme vous le savez ; il n'est donc pas possible de les traiter de la même façon.

Pour en revenir à cet amendement, je rappelle que le déplaçonnement des cotisations n'est pas souhaitable, et j'ajoute que la réintégration dans l'assiette des cotisations et contributions sociales de la déduction forfaitaire des frais professionnels et des droits et intérêts d'emprunt exposés pour l'acquisition de parts sociales est véritablement injuste.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Armand Martin, pour défendre l'amendement^o329.

M. Philippe Armand Martin. Mon intervention ira dans le même sens : si cet amendement n'est pas retenu, vous créez une véritable distorsion de traitement en fonction du statut juridique des chefs d'entreprises, en défaveur, rappelons-le, des plus petites entreprises. Or, celles-ci sont créatrices d'emplois et disposent d'un véritable savoir-faire.

Les entrepreneurs rencontrent aujourd'hui de grandes difficultés ; aussi est-il indispensable de supprimer l'alinéa 3 de cet article qui, à défaut, entraînera une nouvelle augmentation du chômage.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Avis défavorable, ces amendements s'inscrivant dans la lignée de ceux qui ont été précédemment rejetés.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Défavorable.

Je confirme à M. Cherpion que les prestations maladie sont rigoureusement identiques entre le régime des indépendants et celui des salariés.

(Les amendements n^{os} 550 et 329, successivement mis aux voix, ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 112 et 330. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour défendre l'amendement n^o 112.

M. Patrick Hetzel. Cet amendement vise à supprimer l'alinéa 4, qui prévoit l'extension aux travailleurs indépendants de l'assujettissement des dividendes versés excédant 10 % des capitaux propres de l'entreprise.

Ce dispositif, en l'absence de toute concertation avec les instances représentatives des travailleurs indépendants, à laquelle il convient d'ajouter des contraintes sociales et fiscales toujours plus lourdes pour les travailleurs indépendants, ne contribue ni à la pérennité ni au développement de nos petites et moyennes entreprises, et *a fortiori* de nos TPE. En conséquence, nous demandons la suppression de l'alinéa 4.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Armand Martin, pour soutenir l'amendement n^o 330.

M. Philippe Armand Martin. Cet amendement identique demande la suppression de l'alinéa 4 et d'un dispositif qui va mettre en difficulté nos petites entreprises.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission a rejeté ces amendements.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Même avis.

(Les amendements identiques n^{os} 112 et 330 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Le Ray, pour soutenir l'amendement n^o 66 rectifié.

M. Philippe Le Ray. Certains travailleurs indépendants se plaignent du mode de calcul de leurs cotisations, qui, en vertu de l'article L. 131-6 du code de la Sécurité sociale, sont calculées en pourcentage du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour certains métiers, le système intègre une régularisation en année n+1, ce qui pose forcément des problèmes de trésorerie.

Cet amendement propose donc d'adapter le calcul à la réalité de l'activité, en permettant d'atténuer les variations que peuvent connaître certaines entreprises, notamment dans le secteur de la sous-traitance automobile, du bâtiment ou du tourisme, ou dans le cas des petites entreprises agroalimentaires qui connaissent des fluctuations de matières premières.

Le principe qu'il défend existe déjà pour les non salariés agricoles – c'est tout simplement le système MSA –, et il fonctionne très bien. Il consiste à s'appuyer sur la moyenne triennale des revenus. Ce dispositif, à mon sens, serait plus juste, et surtout il a déjà fait ses preuves.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission a repoussé cet amendement, à cause des effets pervers de cette proposition. En effet, si le calcul s'opère sur les trois dernières années, alors que le chiffre d'affaire est en diminution, l'entreprise se retrouvera, la quatrième année, en grande difficulté.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Même avis.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Le Ray.

M. Philippe Le Ray. Le dispositif a précisé l'effet inverse, monsieur le rapporteur. Lorsqu'une entreprise connaît une diminution de son activité, le fait de pratiquer un lissage triennal lui permet, en cotisant légèrement moins, d'éviter les problèmes de trésorerie. Je connais bien ce dispositif, car je l'applique tous les jours : c'est mon métier.

(L'amendement n^o 66 rectifié n'est pas adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour défendre l'amendement n^o 418.

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission a adopté un amendement qui vise, par harmonie des formes et par esprit de justice, à dé plafonner la cotisation d'assurance maladie sur les revenus d'activité et de remplacement perçus par les personnes qui ne remplissent pas les conditions de résidence définies par l'article L. 136-1 du code de la Sécurité sociale mais qui relèvent à titre obligatoire d'un régime français d'assurance maladie.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Je suis naturellement favorable à l'esprit de cet amendement, mais il est déjà satisfait par l'article 11, dès lors que la mesure de dé plafonnement de la cotisation maladie prévue par cet article s'appliquera automatiquement aux cotisations maladie des travailleurs indépendants non résidents fiscaux qui sont affiliés à un régime français d'assurance maladie. Dans ces conditions, il serait sans doute opportun que vous retiriez votre amendement, monsieur le rapporteur.

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Puisque le Gouvernement m'assure qu'il est satisfait, je retire cet amendement, avec l'accord de mes collègues de la commission.

(L'amendement n° 418 est retiré.)

Mme la présidente. Je suis saisie d'une série d'amendements identiques, visant à supprimer l'alinéa 5.

La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 203.

M. Jean-Pierre Door. Je remercie M. le ministre d'avoir confirmé tout à l'heure qu'il n'avait pas l'intention de supprimer le régime de l'auto-entrepreneur. Nous en prenons d'autant mieux acte que ce statut représente un vrai moyen de lutter contre le travail au noir et qu'il permet aux retraités ou aux étudiants d'obtenir un revenu complémentaire. En alignant la cotisation des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement risque néanmoins de tuer ce régime, en décourageant et en empêchant à la longue les gens d'y adhérer.

Mme la présidente. La parole est à M. Arnaud Robinet, pour soutenir l'amendement n° 204.

M. Arnaud Robinet. La liberté d'entreprendre, la création d'entreprise, beaucoup de nos concitoyens y aspirent, et le régime de l'auto-entrepreneur répond à cette aspiration. Il permet par exemple à des demandeurs d'emploi, à des retraités ou à des étudiants venant d'achever leur cursus universitaire de se mettre le pied à l'étrier en créant leur propre entreprise.

Certes, comme nous avons pu le vérifier lors de nos multiples rencontres avec les artisans, la CAPEB ou la Fédération française du bâtiment, ce statut a parfois été perçu comme une forme de concurrence déloyale. (« Ah ! » sur les bancs du groupe SRC.) Nous avons entendu cette inquiétude des artisans, à laquelle le projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 avait répondu, en imposant notamment à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires.

Aujourd'hui, nous entendons bien les ministres nous dire qu'ils ne veulent ni tuer ni supprimer le statut d'auto-entrepreneur, mais l'alinéa 5 va pourtant dans ce sens. Nous allons affaiblir ce statut et empêcher nos compatriotes d'entreprendre et de créer.

Mme la présidente. La parole est à M. Éric Straumann, pour soutenir l'amendement n° 205.

M. Éric Straumann. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour soutenir l'amendement n° 207.

M. Bernard Accoyer. Notre priorité à tous est de conserver le tissu entrepreneurial de notre pays, de créer des entreprises pour sauvegarder et, on l'espère, créer des emplois. Le seul dispositif qui a permis de créer environ 1,5 million d'entreprises en un peu plus de trois ans, c'est le régime de l'auto-entrepreneur.

Or le Gouvernement, dont nous ne doutons pas que sa priorité soit également de sauvegarder les créations d'entreprises, seule dynamique favorable à l'emploi, s'en prend précisément, avec cet alinéa 5 de l'article 11, à la simplicité et aux exonérations de charges qui ont fait le succès remarquable de ce régime, observé jusqu'à l'étranger.

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2011 avait d'ailleurs apporté des éléments de réponse aux remarques pertinentes faites par certains artisans, qui redoutaient une forme de concurrence déloyale. Mais, en vous en prenant aux conditions même du développement de l'auto-entreprise, vous êtes en train de tuer la poule aux œufs d'or ! Alors, monsieur le ministre, nous ne vous demandons même plus de renoncer à l'article 11, mais simplement d'en supprimer l'alinéa 5, qui va dans le sens contraire de ce que vous nous dites à longueur de séance.

Mme Isabelle Le Callennec et M. Philippe Vitel. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Cherpion, pour soutenir l'amendement n° 209.

M. Gérard Cherpion. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Decool, pour soutenir l'amendement n° 211.

M. Jean-Pierre Decool. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Goujon, pour soutenir l'amendement n° 215.

M. Philippe Goujon. Il est défendu.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 216.

M. Patrick Hetzel. Nous tenons à ce que vous supprimiez cet alinéa 5 car, encore une fois, nous pensons que l'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Or ce que vous prévoyez avec ce dispositif s'en éloigne. Il nous faut mener la bataille de l'emploi, il y va de l'intérêt de la nation. Or une telle disposition est dissuasive, c'est-à-dire qu'elle va à l'encontre de ce qu'il convient de faire.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Le Callennec, pour soutenir l'amendement n° 218.

Mme Isabelle Le Callennec. Chers collègues de la majorité, vous nous avez dit en commission que vous n'étiez pas, par principe, contre le statut d'auto-entrepreneur. Dans les faits pourtant, vous le fragilisez. Aligner les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun fait en effet réellement perdre de sa substance à ce dispositif original.

Ceci étant, j'en profite pour réitérer notre souhait d'une évaluation des conséquences de cet alinéa 5, déjà demandée en commission et à laquelle, me semble-t-il, M. Bapt était assez favorable. Je me permets également de réitérer ma demande pour le cas particulier des entreprises du bâtiment.

Mme la présidente. La parole est à Mme Véronique Louwagie, pour soutenir l'amendement n° 219.

Mme Véronique Louwagie. La création du régime de l'auto-entrepreneur obéissait à trois motivations. La première consistait à aider des personnes à entreprendre et à créer leur entreprise, pour ensuite la développer parfois jusqu'à des structures de plus grande taille. La seconde concernait la lutte contre le travail au noir, puisque le système est déclaratif. Enfin, il s'agissait d'offrir à certains la possibilité de bénéficier d'un revenu complémentaire, par exemple grâce à des cours de danse ou de musique pour les enseignants.

Pour que ce dispositif fonctionne, il faut qu'il soit incitatif, ce qui était le cas grâce à sa simplicité administrative, et à son régime social et fiscal avantageux. En touchant à ce régime fiscal, vous supprimez donc un tiers de l'intérêt du régime de l'auto-entrepreneur. C'est la raison pour laquelle nous demandons la suppression de l'alinéa 5.

Mme la présidente. La parole est à M. Michel Piron, pour soutenir l'amendement n° 221.

M. Michel Piron. Il est défendu.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission a rejeté ces amendements, en rappelant que le taux de cotisation des auto-entrepreneurs est forfaitaire et calculé sur le chiffre d'affaires, non sur le revenu.

Le but de l'article 11 n'est pas de toucher au statut ni de remettre en question l'intérêt de ce régime, notamment pour favoriser le retour à une activité. Mais il n'est pas normal de voir, dans certains cas, des cadres d'entreprises ou des hauts fonctionnaires bénéficier de ce régime parce qu'ils sont auto-entrepreneurs par ailleurs, alors qu'ils peuvent contribuer comme les autres. Voilà pourquoi, dans le même esprit de justice, nous rejetons ces amendements.

Je voudrais dire à Mme Le Callennec, qui a insisté derechef sur les problèmes du bâtiment, que c'est précisément cet amendement qui entretient les distorsions de concurrence entre l'artisan du bâtiment et l'auto-entrepreneur qui est dans le bâtiment. On ne peut pas défendre à la fois tout et son contraire !

Mme Isabelle Le Callennec. Si, c'est un cas particulier !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Défavorable.

Je précise à Bernard Accoyer, qui a indiqué qu'il y avait 1,5 million d'auto-entrepreneurs, que le chiffre dont je dispose est de 800 000, dont seulement la moitié déclare un chiffre d'affaires. Je suis prêt à confronter vos sources et les miennes, monsieur Accoyer, car vous avez quasiment doublé le nombre de personnes qui seraient concernées.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est déjà pas mal, 800 000 !

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Bien sûr, mais ce n'est pas 1,5 million. Et 1,5 million, c'est trop ! Et je le répète, seulement 400 000 déclarent un chiffre d'affaires.

(Les amendements identiques n^{os} 203, 204, 205, 207, 209, 211, 215, 216, 218, 219, 221 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 427.

M. Gérard Bapt, rapporteur. C'est un amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 427, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. Éric Straumann, pour soutenir l'amendement n° 160.

M. Éric Straumann. Cet amendement propose de supprimer les alinéas 7 à 13 de l'article 11, c'est-à-dire de supprimer des mesures fiscales et sociales particulièrement défavorables aux travailleurs indépendants.

À l'accroissement de l'impôt sur le revenu, prévu dans le projet de loi de finances et auquel sont assujetties toutes les entreprises individuelles, viennent s'ajouter les dispositions du PLFSS pour 2013 : le déplafonnement des cotisations maladie, la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnels applicable aux gérants majoritaires et le paiement de cotisations sociales sur les dividendes versés.

Concernant la question des cotisations maladie, le candidat Hollande s'était engagé auprès des représentants de l'artisanat et du commerce de proximité à procéder à une concertation préalable avec les organisations concernées. Or cette concertation n'a pas eu lieu.

La mesure visant à supprimer l'abattement de 10 % pour frais professionnels applicable aux gérants majoritaires va, elle aussi, créer une distorsion de traitement en fonction du statut juridique des chefs d'entreprise en défaveur des plus petites entreprises puisque les patrons des grandes entreprises pourront, quant à eux, continuer à déduire les 10 % au titre de leurs frais professionnels.

Ces dispositions qui s'accumulent sont contre-productives et vont affaiblir la croissance puisque l'activité et l'emploi vont directement pâtir de ces augmentations.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission a rejeté cet amendement.

Le conseil d'administration du RSI – le régime social des indépendants – a été consulté et a voté favorablement, dans sa grande majorité, pour les dispositions de cet article.

En outre, la concertation a eu lieu au niveau parlementaire et je dois dire que, dans l'esprit, l'ensemble de nos interlocuteurs reconnaissait les mesures de justice contenues dans cet article, en particulier le déplafonnement de la cotisation.

Vous dites qu'il faut protéger les petits, mais ce sont justement les petites cotisations qui vont diminuer et ce ne sont que les très gros revenus qui verront leurs cotisations déplafonnées.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Je comprends votre position sur le déplafonnement. Nous avons eu le débat tout à l'heure et je vous ai répondu en prenant le temps que l'on doit consacrer aux objections de l'opposition.

J'appelle votre attention sur le fait qu'avec cet amendement, monsieur le député, l'opposition propose également de revenir sur la disposition qui est favorable à un peu moins de 500 000 affiliés au régime social des indépendants, puisque vous proposez de revenir sur la dégressivité de la cotisation minimale.

Si votre amendement était adopté, ceux qui ne font pas de chiffre d'affaires continueraient à payer 946 euros, alors que le Gouvernement propose à la représentation nationale que, pour ceux-là, la cotisation minimale ne soit que de 304 euros.

Je ne suis pas certain que cela corresponde exactement à votre discours. C'est la raison pour laquelle je vous préviens loyalement que si vous votez cet amendement, vous proposez de maintenir un niveau de cotisations supérieur à celui que le Gouvernement prévoit pour les plus modestes des indépendants.

(L'amendement n° 160 n'est pas adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 331 et 734.

La parole est à M. Philippe Armand Martin, pour soutenir l'amendement n° 331.

M. Philippe Armand Martin. Le présent projet de loi prévoit le déplafonnement des cotisations maladie applicables aux travailleurs indépendants. Il convient de souligner que les entreprises du commerce de proximité créent et développent des emplois au sein de nos territoires. Une telle mesure va donc à l'encontre de la compétitivité des petites et moyennes entreprises et risque encore de les fragiliser.

C'est pourquoi cet amendement propose de supprimer les alinéas 8 à 11 de l'article 11.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 734.

M. Patrick Hetzel. Avec cet amendement, nous tenons à supprimer, au sein de l'article 11, les alinéas 8 à 11.

Avec votre projet de loi, vous souhaitez dé plafonner les cotisations maladie applicables aux travailleurs indépendants. Or, cela a été dit, mais nous insistons parce que nous en sommes intimement persuadés, les entreprises du commerce et de l'artisanat de proximité, dans nos territoires, créent et développent des emplois et jouent un rôle déterminant. Cela mérite d'être souligné.

Nous sommes dans un contexte de crise. Ces entreprises ont contribué au développement et, dans un certain nombre de cas, au maintien des emplois sur nos territoires. Il faut donc tout faire pour que cette proximité, assumée pleinement par ces entreprises, puisse être préservée.

Une telle mesure va évidemment à l'encontre de la compétitivité de nos PME et de nos TPE. Elle ne peut que les fragiliser. C'est pourquoi nous demandons la suppression du dé plafonnement des cotisations maladie applicables aux travailleurs indépendants.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Défavorable. Il s'agit, une fois de plus, d'éviter le dé plafonnement qui va concerner de très hauts revenus – au-dessus de 180 000 euros par an – et de supprimer subséquentement la diminution de la cotisation minimale pour les petites entreprises. Voilà pourquoi la commission a repoussé cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 331 et 734 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n^o 428.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Amendement rédactionnel.

(L'amendement n^o 428, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n^o 429 rectifié.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de coordination.

(L'amendement n^o 429 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre délégué, pour soutenir l'amendement n^o 758.

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. L'étude d'impact du projet de loi de financement de la Sécurité sociale indique que la réduction de cotisation minimale créée par le nouvel article L. 612-5 du code de la Sécurité sociale ne fait pas l'objet d'une compensation par l'État.

Or il résulte des articles LO 111-3 et L. 131-7 du code de la Sécurité sociale que, pour qu'une mesure d'exonération ne donne pas lieu à une telle compensation, une disposition législative doit le prévoir expressément.

Le présent amendement complète donc en ce sens l'article ainsi projeté. Le Gouvernement s'excuse auprès de la représentation nationale de ne pas l'avoir présenté dans le projet de loi initial. (« *Encore une erreur !* » sur plusieurs bancs du groupe UMP.)

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission, par définition, n'a pas examiné l'amendement, puisqu'il s'agit de rectifier une erreur. Dans l'esprit, la commission ne peut qu'être favorable à ce que, dans la forme, les choses soient faites.

(L'amendement n^o 758 est adopté.)

Mme la présidente. Je suis saisie de deux amendements identiques, n^{os} 161 et 735.

La parole est à M. Éric Straumann, pour soutenir l'amendement n^o 161.

M. Éric Straumann. Là encore, il s'agit de supprimer des mesures fiscales et sociales particulièrement défavorables aux travailleurs indépendants. Ces mesures sont contre-productives et risquent d'affaiblir la croissance puisque l'activité et l'emploi vont directement pâtir de ces augmentations. Vous le savez, les entreprises de l'artisanat et du commerce de proximité créent et développent des emplois non délocalisables. Dans un contexte de crise grave, elles ont déjà beaucoup contribué à l'effort de croissance pour maintenir une économie de proximité et préserver les emplois salariés.

Or les chefs d'entreprise de l'artisanat et du commerce de proximité continuent globalement à déplorer une forte détérioration de leur trésorerie au cours du printemps. Ce sont 100 000 entreprises, déjà fragilisées par de lourdes difficultés de trésorerie, qui pourraient être amenées à disparaître au cours de cet exercice.

Il est donc important de ne pas créer de nouvelles difficultés. Les enjeux sont tels qu'ils méritent un vrai débat, une concertation constante et constructive avec les forces vives de la nation. C'est pourquoi ces dispositions

doivent être retirées du PLFSS. La question du coût du travail concerne le travail salarié, mais également le travail non salarié.

Mme la présidente. La parole est à M. Patrick Hetzel, pour soutenir l'amendement n° 735.

M. Patrick Hetzel. Nous sommes intimement persuadés que nos TPE et nos PME ont un rôle important à jouer sur nos territoires. Or ce que vous proposez contribuerait à alourdir les difficultés de ces entreprises. L'orateur précédent a déjà insisté sur les difficultés de trésorerie qu'elles connaissent. Je crois qu'il est important d'en prendre conscience collectivement. Et en prendre conscience, cela revient à amender le texte, raison pour laquelle nous vous demandons de prendre en considération cet amendement.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission a repoussé ces amendements.

Permettez-moi d'exprimer mon étonnement. L'aveuglement dans l'opposition conduit parfois à des monstruosité. Je suis étonné que M. de Courson lui-même ait déposé un amendement de ce type !

Il s'agit en effet de supprimer des dispositions transitoires pour l'entrée en vigueur de la suppression de la déduction pour frais professionnels et de l'intégration des dividendes dans l'assiette des cotisations sociales.

Ces mêmes dispositions, que vous vouliez précédemment supprimer, nous proposons de les adoucir et de les faire monter en charge progressivement. Vous pensez qu'il vaut mieux, si elles s'appliquent, que ce soit dès l'an prochain et dès le 1^{er} janvier ! C'est l'esprit inverse de tous les discours que vous avez tenus jusqu'à maintenant. L'exposé des motifs de vos amendements ne correspond absolument pas à la disposition proposée.

L'avis de la commission est défavorable.

M. Jean-Marc Germain. Mais si vous voulez, chers collègues de l'opposition, nous pouvons le voter !

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Défavorable. L'opposition a clairement indiqué leur opposition à cet article. Dont acte. Mais, si cet amendement était adopté, les mesures que vous présentez comme néfastes pour les entreprises s'appliqueraient immédiatement, alors que le texte gouvernemental prévoit un étalement dans la charge de trésorerie que ces mesures vont comporter.

Si cet amendement est adopté, cela veut dire que tout l'impact en trésorerie se fera en deux mois et en 2014 au lieu d'étaler la charge sur pratiquement un an et demi.

Comme tout à l'heure, je vous préviens loyalement. Vous avez déjà voté un amendement qui tendait à supprimer une diminution des cotisations pour les travailleurs indépendants les plus modestes. Fort heureusement, il ne fut pas adopté ! Si vous votez ces amendements, cela veut dire qu'en réalité, vous récusiez non seulement le principe, mais également les mesures transitoires d'application de ce principe, c'est-à-dire que vous proposez des dispositions plus dures que les nôtres pour les entreprises, lors même que vous prétendez les défendre...

(Les amendements identiques n^{os} 161 et 735 ne sont pas adoptés.)

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir l'amendement n° 430.

M. Gérard Bapt. C'est un amendement rédactionnel, madame la présidente.

(L'amendement n° 430, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 11, amendé, est adopté.)

2. Sénat

a. Projet de loi

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. - L'article L. 131-6 est ainsi modifié :

1° La première phrase du deuxième alinéa est ainsi modifiée :

a) La seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par le signe : « , » ;

b) Sont ajoutés les mots : « et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues aux deuxième et dernier alinéas du 3° de l'article 83 du même code » ;

2° Le début de la première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigé : « Est également... (le reste sans changement). » ;

B. - La première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-6-8 est complétée par les mots : « de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants » ;

C. - Après le mot : « par », la fin de la seconde phrase de l'article L. 612-3 est ainsi rédigée : « décret. » ;

D. - L'article L. 612-4 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Leur taux est fixé par décret.

« Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Pour les cotisations dues au titre de la première et de la deuxième année d'activité, le montant mentionné au deuxième alinéa peut faire l'objet d'une réduction. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par un décret, qui peut prévoir que les deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables, sous certaines conditions, aux cotisations dues par les personnes mentionnées aux articles L. 613-4 et L. 613-7 du présent code et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. » ;

E. - Il est rétabli un article L. 612-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 612-5. - Les cotisations prévues à l'article L. 612-4 à la charge des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret font l'objet d'une réduction.

« Lorsque le revenu d'activité est négatif ou nul, la réduction est maximale et est égale au produit du taux mentionné au premier alinéa du même article L. 612-4 et d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3. Lorsque le revenu d'activité est positif, la réduction décroît linéairement et devient nulle lorsque ce revenu est égal ou supérieur au seuil mentionné au premier alinéa du présent article.

« La réduction prévue au présent article ne s'applique qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 612-4 et dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à un montant fixé par décret.

« Le bénéfice de la réduction prévue au présent article ne peut être cumulé avec celui de tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable aux cotisations prévues au même article L. 612-4.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. » ;

E bis (nouveau). - Au second alinéa de l'article L. 612-9, les mots : « au dernier » sont remplacés par les mots : « à l'avant-dernier » ;

F. - Le premier alinéa de l'article L. 612-13 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

« Ces cotisations supplémentaires ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré. » ;

G. - La seconde phrase de l'article L. 722-4 est supprimée ;

H. - À l'article L. 756-3, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité » ;

I. - À l'article L. 756-4, le mot : « articles » est remplacé par les mots : « dispositions de l'article » et les mots : « employeurs et » sont supprimés ;

J. - Au deuxième alinéa de l'article L. 756-5, la référence : « du dernier alinéa de l'article L. 131-6 » est remplacée par la référence : « de l'article L. 131-6-2 ».

I bis (nouveau). - L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la réduction prévue à l'article L. 612-5 du même code.

II. - Le présent article s'applique aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2013, sous réserve des dispositions suivantes :

1° De manière transitoire, le montant des cotisations provisionnelles mentionnées à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014 par les travailleurs indépendants relevant de l'article 62 du code général des impôts est égal au montant des cotisations provisionnelles calculé pour ces mêmes années en application des règles antérieures à l'entrée en vigueur du présent article. Les revenus d'activité, tels que définis à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pris en compte pour ce calcul sont majorés de 11 %. Cette majoration ne peut être supérieure à la limite de réduction prévue au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts ;

2° De manière transitoire, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts, lorsque ces revenus sont perçus en 2013 et en 2014, qui est retenue pour la détermination du revenu d'activité non salarié en application du troisième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pour les personnes nouvellement soumises aux dispositions de cet alinéa en application du 2° du A du I du présent article, est prise en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014. Ces revenus font l'objet d'une déclaration obligatoire, selon les modalités prévues au quatrième alinéa du même article L. 131-6-2, dans un délai de trente jours à compter de leur perception.

b. Rapport n°107 déposé le 7 novembre 2012, Tome VII de M. DAUDIGNY, Examen des articles

Article 11 (art. L. 131-6, L. 133-6-8, L. 612-3, L. 612-4, L. 612-5, L. 612-13, L. 722-4, L. 756-3, L. 756-4 et L. 756-5 du code de la sécurité sociale) - Alignement des prélèvements sociaux à la charge des travailleurs non salariés non agricoles

Objet : Cet article vise à déplaçonner les cotisations maladie au régime des travailleurs non salariés non agricoles, à réduire la cotisation minimale maladie-maternité, à intégrer dans l'assiette des cotisations des gérants majoritaires la déduction forfaitaire pour frais professionnels, à assujettir à cotisations les dividendes des travailleurs indépendants au-delà d'un certain seuil et à assurer un niveau de contribution équivalent entre les auto-entrepreneurs et les autres travailleurs indépendants.

I - Le dispositif proposé

Les déséquilibres du RSI

Le régime des travailleurs non salariés non agricoles regroupe en 2012 de l'ordre de 2,6 millions d'euros de cotisants, dont 800 000 auto-entrepreneurs.

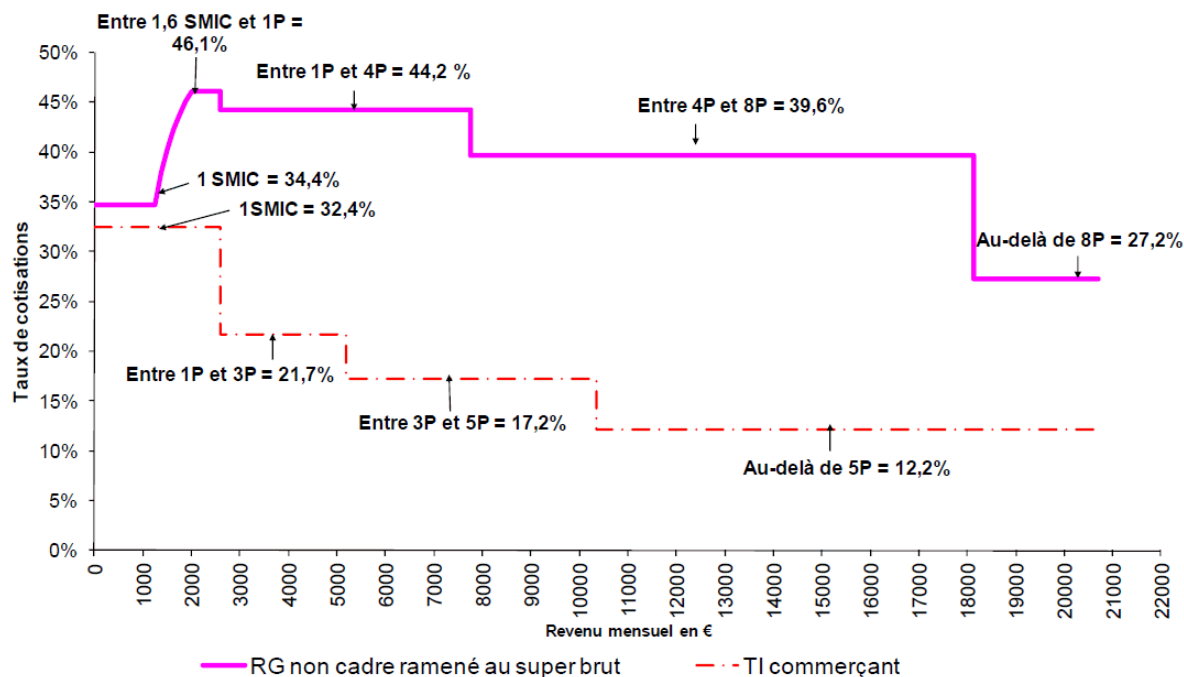
Le produit des cotisations est d'environ 13 milliards d'euros, ce qui représente de l'ordre de 85 % des prestations. L'écart entre prestations et cotisations est principalement couvert par l'affectation d'une large part de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S). Celle-ci couvre les déficits de la protection maladie et vieillesse de base du RSI. Cette affectation de recettes d'équilibre a représenté 2,4 milliards d'euros en 2011, après 3,7 milliards d'euros en 2010.

Les déficits de la protection maladie et vieillesse de base du RSI ont, *in fine*, un impact sur l'équilibre du FSV. En effet, celui-ci se voit attribuer un reliquat de la C3S, après prélèvement d'une part de son produit au régime maladie des salariés agricoles (part proportionnelle), et après avoir couvert les déficits précités (part variable, en valeur, selon le niveau du déficit).

Le régime social des indépendants présente des déséquilibres en recettes qui explique une partie des déficits. Ainsi, alors que, sur le champ de la maladie, les droits à prestation en nature sont identiques entre le régime général et celui des indépendants, l'écart de taux de cotisation pour le financement des soins est de l'ordre de quatre points par rapport au régime général. Les cotisations maladie sont, en outre, plafonnées à la part des revenus inférieurs à cinq plafonds de la sécurité sociale (181 860 €). Les travailleurs indépendants bénéficient d'autres règles favorables pour ceux exerçant sous forme de société, en termes de déduction forfaitaire des frais professionnels de l'assiette des cotisations, ou en termes de non-assujettissement de certains dividendes présentant le caractère de rémunérations d'activité « masquées ». Enfin, le régime social favorable des auto-entrepreneurs engendre de moindres recettes par rapport au droit commun des indépendants en raison d'un taux de cotisation plus favorable.

A cette faiblesse des recettes correspond une forte dégressivité des cotisations, avec des effets de seuil. Cette dégressivité est due notamment à l'existence de la cotisation minimale, avec un fort impact sur les plus bas revenus, et au plafonnement des cotisations maladie.

Taux de cotisation en fonction du revenu : comparaison régime général et travailleurs indépendants



Source : étude d'impact du présent article

Le présent article entend donc réduire les déséquilibres du régime, avec un impact attendu sur l'ensemble des comptes publics de 1,1 milliard d'euros en 2013.

Un déplafonnement des cotisations maladie et maternité

Le **D** du **paragraphe I** modifie l'article L. 612-4 du code de la sécurité sociale. Il **supprime la mention de tout plafond** pour les cotisations d'assurance maladie et maternité au RSI. Le taux des cotisations demeurera fixé par décret, comme c'est aujourd'hui le cas. Il serait toujours de 6,5 % en 2013. La possibilité d'une réduction de cotisations dues au titre de la première et de la deuxième année est maintenue.

Le **G** du **I** modifie de la même manière l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale pour déplafonner la cotisation maladie sociale additionnelle de solidarité des praticiens et auxiliaires médicaux. Le **C** du **I** prévoit la fixation du taux par décret, et non plus par arrêté interministériel.

En revanche, le **F** du **I** maintient un plafond de cotisation pour les cotisations finançant les indemnités journalières.

Une réduction sur la cotisation maladie et maternité

Le **E** du **I** du présent article change les modalités de calcul de la cotisation minimale due à l'assurance maladie et maternité du RSI. L'article L. 612-5 du code de la sécurité sociale, qu'il rétablit, fixe, en effet, le principe d'une réduction de cotisation, en-deçà d'un certain plafond de revenu d'activité.

Lorsque le revenu d'activité sera négatif ou nul, la réduction de cotisation sera maximale. Fixée par décret, elle serait de 307 euros, soit 30 % de la cotisation minimale, selon l'étude d'impact. Pour les revenus d'activité positifs, la réduction décroîtra linéairement jusqu'à s'annuler à un niveau de revenu égal à 40 % du plafond annuel de la sécurité sociale (14 549 euros). A ce niveau, la cotisation minimale sera à son montant normal de 945 euros. La cotisation minimale exigible évoluera donc, selon le revenu d'activité, entre 638 euros (945 euros - 307 euros) et 945 euros.

Un élargissement de l'assiette

Le **A** du **I** élargit l'assiette des cotisations sociales des indépendants exerçant sous forme de société en modifiant l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale.

Le 1^o supprime la déduction de l'assiette au titre des frais professionnels^{6(*)}. Il en est de même pour les intérêts d'emprunt versés pour acquérir des parts d'une société.

Le 2^o assujettit les dividendes de l'ensemble des travailleurs indépendants exerçant leur activité en société à cotisations sociales lorsque ces dividendes sont supérieurs à 10 % du capital social. Il s'agit d'éviter que des salaires soient versés, sans justification, sous forme de dividendes et échappent ainsi à toute cotisation.

Un niveau équivalent de cotisation entre les auto-entrepreneurs et les autres indépendants

Le **B** du **I** complète l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale et prévoit un taux de cotisation des auto-entrepreneurs équivalent à celui des autres travailleurs indépendants. L'augmentation des taux de cotisation qui en découlera sera fixée par décret. Les auto-entrepreneurs resteront toutefois toujours exonérés des cotisations minimales dues par les indépendants. Le principe fondateur du régime des auto-entrepreneurs « zéro chiffre d'affaires = zéro cotisations » est donc maintenu.

Les dispositions transitoires

Les **H, I, J** du **I** procèdent à diverses mesures de coordination.

Le **paragraphe II** du présent article prévoit des dispositions transitoires concernant l'élargissement de l'assiette des cotisations sociales (dividendes et déduction des frais professionnels).

Une réforme de grande ampleur

La réforme proposée par le Gouvernement est de grande ampleur, au-delà du seul rendement budgétaire attendu du présent article.

Le tableau ci-dessous évalue à 500 000 indépendants le nombre de redevables concernés par le déplafonnement de la cotisation maladie. De même, 660 000 gérants majoritaires seraient concernés par la suppression de la déduction des frais professionnels de l'assiette. Pour ceux-ci, l'assiette devrait être augmentée de 11 %.

Sur le plan du rendement, ces deux mesures assurent une contribution déterminante : en 2013, 410 millions d'euros pour le déplafonnement de la cotisation maladie et 575 millions d'euros pour la suppression de la déduction des frais professionnels de l'assiette des cotisations.

Les différentes composantes de la réforme du régime des indépendants						
<i>(en millions d'euros)</i>						
	Administration bénéficiaire	Nombre d'indépendants concernés	Impact 2013	Impact 2014	Impact 2015	Impact 2016
Déplafonnement de la cotisation maladie	FSV	500 000 personnes	+ 410	+ 345	+ 280	+ 345
Abattement sur la cotisation minimale maladie		160 000 personnes	- 90	- 80	- 70	- 80
Suppression de la déduction des frais professionnels de l'assiette	RSI, FSV, tous attributaires CSG et CRDS	660 000 personnes	+ 575	+ 460	+ 355	+ 460
Assujettissement des dividendes au-delà d'un certain seuil	RSI, FSV	50 000 personnes	+ 75	+ 65	+ 55	+ 65
Relèvement des cotisations des auto-entrepreneurs	Etat	400 000 personnes	+ 130	+ 130	+ 130	+ 130
Total		Non cumulable	+ 1 100	+ 920	+ 750	+ 920

Source : étude d'impact du présent article

Le Gouvernement souligne qu'il y aura un certain nombre de gagnants à la réforme, en particulier grâce à la réduction sur la cotisation minimale maladie.

Le tableau ci-dessous montre les gagnants et perdants potentiels de la réforme. 33 000 redevables, au-delà d'un revenu annuel de 181 860 euros, assurent, grâce au déplafonnement des cotisations en particulier, un rendement de 355,4 millions d'euros.

Répartition des « gagnants » et « perdants » de la réforme du RSI en fonction du revenu annuel
<i>(gain/perte en euros ; impact budgétaire en millions d'euros)</i>

	Gagnants			Perdants		
	Effectif	Gain moyen	Impact budgétaire	Effectif	Gain moyen	Impact budgétaire
Moins de 4 788€	310 000	227 €	70,4 M€			
Entre 4 788 €et 7 000 €	42 000	108 €	4,5 M€	17 000	59 €	1,0 M€
Entre 7 000 €et 10 000 €	73 000	66 €	4,8 M€	56 000	201 €	11,3 M€
Entre 10 000 €et 40 000 €	61 000	23 €	1,4 M€	54 000	393 €	21,2 M€
Entre 14 549 €et 36 372 €				207 000	791 €	163,7 M€
Entre 36 372 €et 181 860 €				460 000	786 €	361,6 M€
Plus de 181 860 €				33 000	10 769 €	355,4 M€

Source : étude d'impact du présent article, calculs de votre commission

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté quatre amendements rédactionnels de notre collègue député Gérard Bapt avec l'avis favorable du Gouvernement.

Elle a aussi adopté un amendement du Gouvernement, introduisant un **I bis** au **I** du présent article prévoyant, conformément à ce qu'indiquait l'étude d'impact, que la réduction sur la cotisation minimale maladie-maternité ne soit pas compensée par l'Etat.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur est sensible aux considérations d'équité qui tendent à aligner les règles de cotisation des indépendants sur celles en vigueur depuis de nombreuses années dans le régime général salarié. Le plafonnement des cotisations maladie-maternité apparaissait, en effet, comme **une survivance** si l'on garde en mémoire le fait que, hors affectation de recettes d'équilibre (C3S), le RSI est en réalité dans une situation de grave déficit.

Les marges ainsi dégagées pour améliorer le financement des prestations du RSI ont pour effet induit une affectation supplémentaire de C3S au FSV et une réduction de son déficit. C'est en large partie grâce au présent article qu'est résorbée une proportion significative du déficit du FSV.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

c. Avis n°104 déposé le 6 novembre 2012 par M. CAFFET

B. LES MESURES RELATIVES AUX TRAVAILLEURS INDÉPENDANTS (ARTICLE 11)

Comme l'indique l'étude d'impact relative à l'article 11 du présent projet de loi, les 2,6 millions de travailleurs indépendants non agricoles (dont 800 000 auto-entrepreneurs) recouvrent des professions très hétérogènes (artisans, commerçants, professions libérales, gérants de société...).

Cet article propose de pallier certaines inégalités qui demeurent entre les ressortissants du régime des travailleurs indépendants et les autres régimes de sécurité sociale, ainsi qu'au sein même du régime social des indépendants.

1. Déplafonnement de la cotisation maladie et introduction d'une réduction dégressive de la cotisation minimale maladie

En vertu de l'article L. 612-4 de la sécurité sociale, les cotisations « maladie » des ressortissants du régime social des indépendants sont fixées dans la limite d'un plafond déterminé par décret. Le régime des travailleurs indépendants non agricoles est le seul régime où s'applique encore ce plafonnement s'agissant des cotisations maladie.

Le taux des cotisations « maladie » des travailleurs indépendants est ainsi aujourd'hui de 6,5 %, calculé comme suit :

- 0,6 % dans la limite de 36 372 euros (soit un plafond de la sécurité sociale ou PASS) ;
- et 5,9 % dans la limite de 5 PASS (181 860 euros).

Au-delà de 5 PASS, les revenus ne sont plus assujettis aux cotisations.

La cotisation maximale annuelle est donc de 10 948 euros environ [(36 372*0,60 % = 218,2 euros) + (181 860*5,9 % =10 730) = 10 948 euros].

Une cotisation minimale forfaitaire d'un montant de 945 euros est, par ailleurs, prévue pour les travailleurs dont les revenus sont déficitaires ou inférieurs à 40 % du PASS (soit 14 549 euros en 2012).

L'article 11 du présent projet de loi propose, en premier lieu, de supprimer le dispositif de plafonnement ; un seul taux, fixé par décret, s'appliquera désormais à la totalité du revenu d'activité déclaré par le travailleur indépendant, soit un taux de 6,5 % selon l'étude d'impact. Ce dispositif devrait générer une recette de 410 millions d'euros.

L'article maintient, en second lieu, le principe d'une cotisation minimale maladie, mais instaure un mécanisme de réduction linéairement dégressive de cette cotisation pour les faibles revenus.

Cette réduction sera maximale pour les revenus d'activité négatifs ou nuls, soit 307 euros selon l'étude d'impact ; la cotisation minimale due sera alors de 638 euros. La réduction s'annulera pour les revenus atteignant le niveau de l'assiette minimale de cotisations (14 549 euros).

Deux limites à ce dispositif sont, en outre, introduites :

- d'une part, cette réduction ne peut pas être cumulée avec d'autres dispositifs de réduction ou d'abattement (notamment la réduction dont peuvent bénéficier les cotisants en début d'activité) ;
- d'autre part, la définition du chiffre d'affaires retenu permettra d'exclure les personnes qui utilisent des pratiques comptables et fiscales de nature à minorer leur revenu d'activité.

Selon les données de l'étude d'impact, le coût de ce dispositif s'élèverait à 90 millions d'euros en 2013.

2. Suppression de la déduction pour frais professionnels

Les travailleurs indépendants dont la rémunération est soumise à l'impôt sur le revenu au titre de la catégorie des « traitements et salaires » peuvent aujourd'hui déduire de leur assiette fiscale leurs frais professionnels (abattement forfaitaire de 10 % ou déduction des frais réels).

Or les cotisations sociales des indépendants non agricoles sont assises sur le revenu d'activité retenu pour le calcul de l'impôt, donc le revenu dont il est déduit les frais professionnels. Ces dispositions permettent ainsi d'opérer deux déductions au titre des frais professionnels (une déduction de l'assiette fiscale et une déduction de l'assiette sociale).

La soumission de leurs rémunérations à l'impôt sur le revenu permet aussi aux travailleurs indépendants de bénéficier du dispositif de déduction, pour leur montant réel, des frais, droits et intérêts d'emprunt versés pour acquérir ou souscrire des parts ou des actions d'une société.

L'article 11 du présent projet de loi propose de ne plus tenir compte des déductions pour frais professionnels dans le revenu retenu pour le calcul des cotisations sociales, autrement dit de réintégrer les frais professionnels dans l'assiette de cotisations sociales. Il propose le même mécanisme pour les frais, droits et intérêts d'emprunt versés pour acquérir ou souscrire des parts ou des actions d'une société.

Selon l'étude d'impact, le gain attendu de cet élargissement d'assiette s'élève à 575 millions d'euros.

3. Assujettissement des revenus distribués aux cotisations sociales

Actuellement, il existe une différence de traitement entre les sociétés d'exercice libéral (SEL) (cf. encadré suivant) et les autres sociétés, s'agissant de leurs revenus distribués (soit les bénéfices ou produits qui ne sont pas mis en réserve ou incorporés au capital, les sommes ou valeurs mises à la disposition des associés, actionnaires...).

Ainsi, les revenus distribués par les SEL sont soumis à cotisations et contributions sociales, et donc assimilés à des revenus du travail, quand ils représentent plus de 10 % des capitaux propres de la société.

Dans les autres types de sociétés, les revenus distribués sont assimilés à des revenus du capital et donc soumis aux seuls prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine, au taux global de 15,5 %.

L'article 11 du présent projet de loi propose d'élargir, à l'ensemble des sociétés, quelle que soit leur forme juridique, le dispositif en vigueur aujourd'hui dans les seules SEL. Désormais, si les dividendes versés

dépassent 10 % des capitaux propres, ils sont réintégrés dans l'assiette des cotisations sociales, et donc assimilés à des revenus du travail et non plus à des revenus du capital.

Cette mesure devrait apporter 75 millions d'euros de recettes nouvelles.

Définition des sociétés d'exercice libéral (SEL)

Les SEL sont définies par la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales.

Elles offrent la possibilité aux membres des professions libérales d'exercer leur activité sous forme de sociétés de capitaux telles que :

- les sociétés à responsabilité limitée, et notamment des sociétés unipersonnelles ;
- les sociétés anonymes (sous leurs deux formes : société à conseil d'administration et société à directoire et conseil de surveillance) ;
- les sociétés en commandite par actions ;
- les sociétés par actions simplifiées.

4. Hausse des taux forfaitaires de cotisations applicables aux auto-entrepreneurs

Le régime micro-social simplifié ou régime de l'auto-entrepreneur a été introduit par la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie. Son bénéfice est subordonné à l'option pour le régime fiscal de la micro-entreprise. Il est donc soumis aux mêmes plafonds de chiffre d'affaires et de recettes que ceux prévus par le code général des impôts^{40(*)}.

Ce régime concerne aujourd'hui 800 000 travailleurs indépendants (professions artisanales et commerciales ou professions libérales relevant de la caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse - CIPAV).

Comme le rappelle l'annexe 5 au présent projet de loi, ce dispositif poursuit trois objectifs :

- « constituer un tremplin pour le développement de l'activité non salariée, en proposant un système simplifié et adapté à la naissance et à la croissance des entreprises individuelles dans leurs premières années d'existence ; »
- « permettre à des actifs occupés (salariés, fonctionnaires) ou non occupés (chômeurs) et à des inactifs (retraités, étudiants) de compléter leurs revenus via l'exercice d'une petite activité non salariée ; »
- « légaliser une partie de l'activité dissimulée ».

Aux termes des articles L. 133-6-8 et suivants du code de la sécurité sociale, le régime de l'auto-entrepreneur permet un règlement libératoire de l'ensemble des cotisations et contributions de sécurité sociale théoriquement dues, *via* le versement d'un montant égal à un pourcentage du chiffre d'affaires ou des recettes des travailleurs indépendants :

- 12 % pour les activités d'achat/revente ou de fourniture de logement ;
- 21,3 % pour les autres activités (prestations de services commerciales ou artisanales) ;
- 18,3 % pour les professions libérales.

Comme l'indique la Commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport de septembre 2011, « ces taux sont inférieurs (en moyenne de 15 %) aux taux applicables aux travailleurs indépendants dans le droit commun ».

La perte de recettes qui en résulte pour la sécurité sociale est partiellement compensée par l'Etat, par le biais de dotations budgétaires retracées au sein du programme « Accompagnement des mutations économiques » de la mission « Travail et emploi ».

L'article 11 du présent projet de loi pose le principe selon lequel doit être désormais garanti un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées par les auto-entrepreneurs et celui acquitté aux mêmes titres par les travailleurs indépendants.

Selon l'étude d'impact, sur ce fondement législatif, les taux appliqués aux auto-entrepreneurs seront relevés par décret :

- de 12 % à 14 % pour les commerçants ;
- de 21,3 % à 24,6 % pour les artisans ;
- de 18,3 % à 21,3 % pour les professionnels libéraux.

Le rendement de la mesure est évalué à 130 millions d'euros. Les pertes de recettes résultant du dispositif actuel étant compensées par l'Etat, la mesure est neutre pour la sécurité sociale, mais constitue une économie pour l'Etat.

L'Assemblée nationale a adopté :

- plusieurs amendements rédactionnels, à l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, rapporteur des recettes et de l'équilibre général au nom de la commission des affaires sociales ;
- un amendement, à l'initiative du Gouvernement, tendant à indiquer explicitement que l'introduction d'une réduction linéairement dégressive de la cotisation minimale maladie des travailleurs indépendants constitue une exonération de cotisations sociales non compensée par l'Etat. L'étude d'impact précisait déjà ce point. Cependant, il résulte des articles LO 111-3 (IV) et L. 131-7 (dernier alinéa) du code de la sécurité sociale que, pour qu'une mesure d'exonération ne donne pas lieu à une telle compensation, une disposition législative doit le prévoir expressément.

Impact global de l'article 11

(en millions d'euros)

Dispositif	« Bénéficiaires »	Impact
Déplafonnement de la cotisation maladie	RSI et FSV	+ 410
Exonération de cotisation minimale maladie	RSI et FSV	- 90
Suppression de la déduction des frais professionnels de l'assiette de cotisations sociales	Tous les régimes d'indépendants non agricoles, FSV, CNAM, CNAF, CADES, CNSA	+ 575
Extension du régime social des SEL en matière de revenus distribués	Tous les régimes d'indépendants non agricoles	+ 75
Relèvement des taux de cotisations des auto-entrepreneurs	Etat (moins compensation de la sécurité sociale)	+ 130
Total		+ 1 100

Source : étude d'impact au présent projet de loi

5. Position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis approuve l'ensemble de ces mesures qui introduisent plus d'équité entre les ressortissants des différents régimes de sécurité sociale et au sein même du régime des travailleurs indépendants non agricoles.

L'effort est loin d'être négligeable - 1,1 milliard d'euros toutes administrations publiques confondues. Mais il s'effectue dans l'équité. Alors que le déplafonnement de la cotisation maladie permettra de faire contribuer les travailleurs indépendants à hauteur de leurs moyens pour les plus aisés d'entre eux, l'introduction d'une réduction dégressive de la cotisation minimale maladie bénéficiera aux travailleurs indépendants aux revenus les plus modestes.

Ainsi, comme l'indique le dossier de presse du Gouvernement, si ces mesures accroîtront les prélèvements de 850 000 travailleurs (notamment à cause du déplafonnement de la cotisation maladie), elles les allègeront également pour 450 000 autres (grâce à l'introduction de la réduction dégressive de la cotisation minimale). C'est sans doute ce qui explique en partie le vote favorable du conseil d'administration du régime social des indépendants sur le présent projet de loi.

S'agissant de l'extension à l'ensemble des sociétés, quelle que soit leur forme juridique, des règles applicables aujourd'hui aux seuls revenus distribués par les SEL, elle constitue également une mesure d'harmonisation bienvenue. Quand un certain pourcentage du chiffre d'affaires est versé sous forme de dividendes (au delà de 10 % des capitaux propres de la société), il est possible de considérer qu'il ne s'agit plus de revenus du capital mais de revenus salariaux. En tout état de cause, la différence actuelle de traitement entre les SEL et les autres sociétés ne peut se justifier.

Enfin, en ce qui concerne le relèvement des cotisations des auto-entrepreneurs à un niveau équivalent à celui des autres travailleurs indépendants, cette mesure permettra également d'éviter les distorsions de concurrence entre les différentes formes d'exercice de l'activité indépendante, tout en maintenant une certaine attractivité

pour ce régime (déclaration et paiement des cotisations sociales simplifiés, acquittement de l'impôt sur le revenu sous forme de versement libératoire).

*⁴⁰ *Ce statut s'applique tant que le chiffre d'affaires annuel hors taxe (CAHT) annuel ne dépasse pas les seuils du régime fiscal de la micro-entreprise : 81 500 euros pour les activités de commerce et de fourniture de logement (hôtels, chambres d'hôtes, gîtes ruraux, meublés de tourisme), 32 600 euros pour les prestations de service et les professions libérales relevant des BNC et des BIC. Si le CAHT dépasse les seuils autorisés, sans toutefois dépasser respectivement 89 600 euros et 34 600 euros, il est possible de conserver ce statut l'année de dépassement des seuils et les deux années civiles suivantes.*

d. Compte-rendu des débats – séance du 13 novembre 2012

M. le président. La parole est à Mme Muguette Dini, sur l'article.

Mme Muguette Dini. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je souhaite intervenir sur le statut de l'auto-entrepreneur, qui est l'une des innovations marquantes de la loi du 4 août 2008 de modernisation de l'économie.

L'engouement pour ce nouveau statut est réel, les premières statistiques publiées par l'ACOSS l'ont très vite prouvé : au premier trimestre de 2009, 78 746 auto-entrepreneurs administrativement actifs étaient enregistrés ; à la fin 2009, ils étaient au nombre de 314 206 ; à la fin mai 2012, la branche recouvrement de l'ACOSS en comptait 801 838.

Cet engouement pour le statut de l'auto-entrepreneur était dû aux avantages qu'il offrait alors, et qui ont suscité des critiques évoquant une concurrence déloyale vis-à-vis des autres travailleurs indépendants. Mais, à ce jour, une série de textes législatifs et réglementaires est venue redéfinir ce statut.

Je regrette que le Gouvernement fasse encore état de cet argument de concurrence déloyale pour justifier la hausse des cotisations sociales des auto-entrepreneurs. Je me propose donc de rappeler les différentes évolutions législatives du régime de l'auto-entrepreneur, dont certaines ont été proposées par la Haute Assemblée.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 a supprimé la validation d'un trimestre de retraite pour les auto-entrepreneurs ayant un revenu inférieur à un certain seuil.

La loi de finances rectificative pour 2009 du 30 décembre 2009 a prévu l'immatriculation au répertoire des métiers des auto-entrepreneurs exerçant une activité artisanale à titre principal.

Le décret n° 2010-249 du 11 mars 2010 a fixé les conditions dans lesquelles l'auto-entrepreneur, dans le domaine de l'artisanat, doit attester qu'il possède la qualification professionnelle requise.

La loi de finances de 2011 a instauré pour les auto-entrepreneurs, à compter de 2011, le versement d'une contribution additionnelle au titre de leur participation à la formation professionnelle.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a fait passer de trente-six à vingt-quatre mois le délai maximal de maintien dans le régime sans réalisation de chiffre d'affaires. Elle a imposé une obligation de déclaration de chiffre d'affaires, même si celui-ci est nul, en renvoyant à un décret en Conseil d'État la mise en place d'un mécanisme de sanction en cas de défaut de cette déclaration.

Cette dernière disposition est issue d'une proposition de loi dont j'étais l'auteur et où figurait également une définition des conditions d'affectation des contributions et cotisations sociales versées par les auto-entrepreneurs. L'État ne prenant plus en charge une partie des cotisations dues par les auto-entrepreneurs qui réalisent un chiffre d'affaires correspondant à un revenu inférieur au SMIC calculé sur la base de 200 heures, il était nécessaire de prévoir l'ordre d'affectation des faibles cotisations versées par les auto-entrepreneurs concernés. Il s'agissait précisément de prévoir un prélèvement prioritaire de la CSG et de la CRDS, puis de définir un ordre d'affectation des cotisations plaçant au dernier rang la cotisation à la retraite de base.

Cette disposition a, elle aussi, été adoptée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Dès lors, les auto-entrepreneurs versant de faibles cotisations n'entrent pas dans le champ de la compensation démographique généralisée entre les régimes.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, quant à elle, a prévu la radiation du RSI en cas d'absence de chiffre d'affaires pendant plus de deux années consécutives.

Toutes ces évolutions législatives étaient nécessaires, et je tenais à les rappeler.

Augmenter les prélèvements sociaux des auto-entrepreneurs est une modification importante, qui ne peut se faire sans concertation ni, surtout, sans une évaluation complète du dispositif.

Votre gouvernement a confiée cette évaluation à l'IGAS, dont le rapport est attendu pour décembre 2012. De plus, la commission sénatoriale du contrôle de l'application des lois m'a désignée co-rapporteur, avec notre collègue Philippe Kaltenbach, pour l'évaluation du statut d'auto-entrepreneur. Nous ne pouvons voter la modification qui nous est proposée avant de connaître les résultats de ces différents rapports.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 131 est présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménié, Longuet, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia, MM. de Raincourt, Savary et les membres du groupe Union pour un Mouvement Populaire, apparentés et rattachés.

L'amendement n° 224 rectifié est présenté par Mmes Jouanno et Dini, MM. Marseille, Vanlerenberghe, Amoudry, Roche, Husson et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants-UC.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Supprimer cet article.

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 131.

M. Alain Milon. Cet article prévoit que les commerçants, artisans et professions libérales vont subir une hausse de 1,3 milliard d'euros de leurs cotisations sociales, ce qui équivaut à une baisse de pouvoir d'achat.

Or les entreprises de l'artisanat et du commerce de proximité créent et développent des emplois non délocalisables. Dans un contexte de crise particulièrement grave, elles ont déjà beaucoup contribué à l'effort de croissance pour maintenir une économie de proximité et préserver les emplois salariés.

C'est pourquoi les auteurs de l'amendement souhaitent que ces dispositions soient retirées du PLFSS pour 2013 afin qu'une réflexion plus globale sur le coût du travail soit engagée dans le cadre des travaux du Haut Conseil pour le financement de la protection sociale.

M. le président. La parole est à Mme Chantal Jouanno, pour présenter l'amendement n° 224 rectifié.

Mme Chantal Jouanno. Aux arguments avancés par M. Milon, j'ajouterai que les prélèvements obligatoires créés dans ce texte pèsent, dans leur très grande majorité, sur le travail. Ainsi, dans le dispositif qui nous est présenté, on ne trouve quasiment aucune mesure de fiscalité écologique. À titre d'exemple, monsieur le ministre, si vous augmentiez la taxe générale sur les activités polluantes, la TGAP, en particulier sur les NOx, qui sont responsables de graves problèmes de santé pulmonaire, pour la porter à un niveau d'environ 900 à 1 000 euros par tonne – donc encore inférieur à celui que pratique le Danemark –, vous pourriez trouver 150 millions d'euros sur tous ceux que vous cherchez désespérément à récupérer.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La suppression de l'article 11 conduirait à dégrader l'équilibre des comptes de la sécurité sociale de 1,1 milliard d'euros supplémentaires.

Il faut rappeler que les dispositions dérogatoires dont bénéficie le RSI, notamment le plafonnement des cotisations au titre de la maladie et un taux de cotisation des auto-entrepreneurs inférieur à celui des autres indépendants, ne sont pas justifiés au regard de la situation financière du régime.

J'ajoute que le produit des cotisations est d'environ 13 milliards d'euros, soit à peu près 85 % des prestations. L'écart entre prestations et cotisations est principalement couvert par l'affectation d'une large part de la cotisation sociale de solidarité à la charge des sociétés, la C3S. Celle-ci couvre les déficits de la protection maladie et vieillesse de base du RSI. Cette affectation de recettes d'équilibre a représenté 2,4 milliards d'euros en 2011, après 3,7 milliards d'euros en 2010.

La commission est défavorable à ces amendements identiques.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. En tendance, le déficit du régime général, y compris le Fonds de solidarité vieillesse, serait de 19,7 milliards d'euros. Nous le réduisons de 5,8 milliards d'euros et l'article 11 contribue à cette réduction.

Pour cette seule raison, le Gouvernement ne peut qu'être défavorable à la suppression de cet article. Mais j'en vois deux autres.

Premièrement, cet article comprend des dispositions qui sont favorables aux indépendants n'ayant pas un bénéfice supérieur à 14 000 euros par an – on en compte 4,5 millions – puisqu'il leur ouvre droit à une

réduction de leurs cotisations. Je trouverais dommage que ce nombre très important de travailleurs indépendants ne puissent bénéficier de ces dispositions.

Deuxièmement, cet article tend à aligner les cotisations des auto-entrepreneurs sur celles de leurs concurrents, lesquels acquittent, eux, ces cotisations. Ces derniers sont soumis à des obligations déclaratives et à une cotisation minimale, quand les auto-entrepreneurs ne le sont pas. Il demeure donc des dispositions favorables aux auto-entrepreneurs, même si celles qui l'étaient le plus, c'est-à-dire des cotisations très avantageuses par rapport à celles qu'acquittent des indépendants avec qui ils sont en concurrence, sont supprimées par cet article.

Le Gouvernement est, par conséquent, défavorable à ces amendements identiques.

M. le président. La parole est à M. Philippe Bas, pour explication de vote.

M. Philippe Bas. Monsieur le ministre je suis extrêmement déçu par la réponse que vous venez de nous faire.

L'artisanat, vous le savez, est le premier employeur de France. Je comprends bien que vous avez besoin d'argent pour équilibrer les comptes. Je ne conteste pas cette motivation ; ce que je conteste, c'est la manière dont vous la traduisez dans les faits. Car il est des prélèvements dont le caractère récessif est particulièrement marqué. Or la rigueur sans le souci de la compétitivité de nos entreprises, c'est la récession !

Précisément, cette récession se profile, et je ne vois pas d'action immédiate de la part du Gouvernement pour la combattre. Je crains d'ailleurs que, ajouté à cette mesure, le relèvement du taux réduit de la TVA, notamment sur les travaux dans le bâtiment, ne vienne encore aggraver la situation.

C'est la raison pour laquelle je vous demande instamment d'enrichir la préoccupation financière dont vous témoignez d'une véritable dimension économique et d'une prise en compte de l'emploi. (Applaudissements sur les travées de l'UMP. — M. Vincent Capo-Canellas applaudit également.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je ferai tout d'abord remarquer qu'il ne s'agit pas d'argent pour le Gouvernement ! Arrêtez de nous dire que nous cherchons de l'argent ! (Exclamations sur les travées de l'UMP.) Ce qui est en jeu aujourd'hui, mes chers collègues, c'est l'équilibre de la protection sociale ! Ce qui est en jeu aujourd'hui, c'est le comblement du déficit que vous nous avez laissé ! (Mêmes mouvements sur les mêmes travées.)

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. Exactement !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ce qui est en jeu aujourd'hui, c'est, d'une certaine façon, l'attractivité du métier d'artisan.

M. Philippe Bas. Vous plaisantez !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Car cet article 11 a bien pour objet de retrouver l'équilibre entre les recettes et les dépenses du RSI. (Mêmes mouvements sur les mêmes travées.)

J'ajouterai trois éléments.

Premièrement, la cotisation maladie, dans le cadre du RSI, est actuellement plafonnée à la part des revenus qui se situe en dessous de 181 860 euros, ce qui constitue un cas unique. Je rappelle que, dans le régime général, le plafonnement des cotisations maladie a été totalement supprimé en 1984. Il s'agit donc bien de la correction d'une anomalie.

Deuxièmement, en raison du caractère dégressif et des possibilités offertes pour réduire l'assiette des cotisations, notamment au titre des frais professionnels, les travailleurs indépendants sont aujourd'hui au cœur d'enjeux d'équité. L'article 11 est ainsi porteur de justice pour les travailleurs indépendants eux-mêmes. (Protestations sur les mêmes travées.)

M. Alain Gournac. Non ! Pas du tout !

M. Philippe Bas. La justice par la récession !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il se peut que cela vous déplaie, mais c'est la réalité d'aujourd'hui ! (Nouvelles protestations sur les travées de l'UMP et de l'UDI-UC.)

M. André Reichardt. C'est votre réalité !

M. Alain Gournac. C'est la réalité socialiste ! Ils vont vous remercier, les artisans !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Troisièmement, afin de limiter les actuels effets de seuil pour les travailleurs les plus modestes redevables de la cotisation minimale maladie-maternité, est instauré un abattement sur cette cotisation. Il prend la forme d'une exonération linéaire et

dégressive, qui s'annule lorsque les revenus atteignent le niveau de l'assiette minimale de cotisations. L'abattement atteint au maximum 307 euros, soit près du tiers de la cotisation minimale, pour les travailleurs indépendants ne percevant aucun revenu.

Il s'agit donc bien d'un dispositif qui protège les travailleurs qui ont les plus faibles revenus.

Toutes ces raisons doivent conduire à ne pas adopter vos amendements.

M. Ronan Kerdraon. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Dominique Watrin, pour explication de vote.

M. Dominique Watrin. Le groupe CRC votera contre ces amendements et pour l'article 11.

En effet, cet article tend à élargir l'assiette des cotisations du RSI et donc à en renforcer le financement. L'équilibre de ce régime est particulièrement précaire et dépend principalement de l'affectation d'une ressource d'origine fiscale, la C3S.

Les cotisations sociales acquittées par les non-salariés non agricoles sont, par ailleurs, inférieures aux cotisations sociales dues par les salariés affiliés au régime général.

Dès lors, si l'on veut éviter que, dans l'avenir, le RSI ne connaisse une situation de déficit, aggravant d'autant la dette sociale supportée par l'ensemble de nos concitoyens, il n'y a pas d'autre solution que le rehaussement des cotisations sociales. Cette mesure rapprochera le taux de cotisation applicable aux indépendants de celui des affiliés du régime général. Ce sera d'autant plus logique que, depuis des années, les prestations offertes par ce régime tendent, à quelques exceptions près, à s'aligner sur celles qu'offre le régime général.

Toutefois, je voudrais profiter de ce débat, monsieur le ministre, pour vous interroger sur le sort que le Gouvernement entend réserver, à l'avenir, au statut d'auto-entrepreneur.

Créé par la loi de modernisation de l'économie d'août 2008, ce statut permet à celles et ceux qui en relèvent de bénéficier de taux de cotisations largement inférieurs à ceux qui sont appliqués aux autres affiliés du RSI. Ne croyez-vous pas que, toujours dans un souci d'équité et de financement pérenne du régime social des indépendants, il serait légitime de revenir sur cette disposition ?

En outre, les organisations syndicales que nous avons rencontrées nous ont fait part d'usages abusifs de la loi à travers une pratique qui se généralise : des entreprises font le choix de licencier des salariés, ou de s'en séparer par le biais de ruptures conventionnelles, et recourent ensuite aux services de ces anciens salariés devenus entre-temps auto-entrepreneurs.

Cette opération est, bien entendu, très profitable pour les employeurs, qui réduisent ainsi leur masse salariale et, parfois aussi, évitent de cette manière d'atteindre des seuils générateurs d'obligations sociales. Quoi qu'il en soit, cela leur permet de ne pas remplir toutes leurs obligations en matière de financement de notre système de protection sociale.

Ne croyez-vous pas, monsieur le ministre, qu'il soit nécessaire de revenir en profondeur sur ce régime, afin de mieux l'encadrer, dans l'intérêt de toutes et tous, y compris des auto-entrepreneurs ?

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote.

M. Alain Milon. On est ici au cœur du problème, qui est d'essayer d'équilibrer les dépenses et les recettes.

Monsieur le ministre, la Cour des comptes vous avait demandé de vous en tenir à un taux de progression de l'ONDAM de 2,5 %, taux qui a été respecté en 2010 et en 2011 ; peut-être le sera-t-il aussi en 2012. Or vous l'avez fixé à 2,7 %, ce qui signifie que vous augmentez encore les dépenses, au lieu de les diminuer.

Certes, cela fait plaisir aux hôpitaux, plaisir aux professionnels, mais, en attendant, il vous faut trouver des recettes supplémentaires.

La Cour des comptes avait également indiqué que, pour parvenir à un certain équilibre, il fallait faire en sorte que les recettes supplémentaires que vous prévoiriez soient sensiblement égales aux dépenses que l'on ferait en moins. Or, à lire ce PLFSS, il apparaît que vos recettes supplémentaires sont nettement supérieures aux dépenses évitées.

Je le répète, prendre 1,3 milliard d'euros sur les caisses des artisans et commerçants et des professions libérales revient à mettre ces professions en danger.

M. Alain Gournac. Très bien !

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n^{os} 131 et 224 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe socialiste.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 22 :

Nombre de votants	345
Nombre de suffrages exprimés	345
Majorité absolue des suffrages exprimés	173
Pour l'adoption	170
Contre	175

Le Sénat n'a pas adopté.

Article 11 (*suite*)

M. le président. Dans la suite de l'examen de l'article 11, je suis saisi de sept amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 113 rectifié, présenté par MM. Adnot, Bernard-Reymond, Darniche, Husson et Türk, est ainsi libellé :

1° Alinéas 3 à 5

Supprimer ces alinéas.

2° Alinéas 32 à 34

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Philippe Adnot.

M. Philippe Adnot. Je veux d'abord dire au Gouvernement que j'apprécie la volonté qu'il manifeste d'équilibrer les comptes de l'État et de la sécurité sociale. Je pense que nous devons lui en être reconnaissants.

Toutefois, la méthode employée me pose problème, et j'observe que certaines mesures sont contradictoires. En témoignent les alinéas 32 à 34 de l'article 11, qui sont à l'opposé des souhaits exprimés par le Gouvernement lui-même dans la mesure où les dispositions en cause pénalisent les travailleurs indépendants, qui sont tous assujettis à l'IRPP et subissent aussi, de ce fait, une augmentation de la pression fiscale. C'est ce qui nous conduit à proposer la suppression de ces alinéas.

M. le président. L'amendement n° 132, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménie, Longuet, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia, MM. de Raincourt, Savary et les membres du groupe Union pour un Mouvement Populaire, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Alinéa 5

Supprimer cet alinéa.

La parole est à M. Alain Milon.

M. Alain Milon. Si vous le permettez, monsieur le président, je présenterai également l'amendement n° 182.

Comme vous le savez, mes chers collègues, l'auto-entrepreneur bénéficie de démarches simplifiées pour créer son entreprise, d'avantages fiscaux et d'un régime tel que ses charges et impôts sont calculés uniquement sur le chiffre d'affaires constaté et non selon une base forfaitaire, à la différence des autres formes juridiques d'entreprise.

Ce régime permet de développer des projets sans prendre trop de risques : si l'auto-entreprise prend de l'essor, elle peut dépasser le plafond de chiffre d'affaires et s'intégrer alors plus facilement dans le régime de droit commun.

L'auto-entreprise doit être considérée non pas comme une concurrente de l'entreprise soumise au régime de droit commun, mais comme un tremplin vers elle. Elle est parfois le seul moyen pour certains de nos concitoyens qui ont perdu leur emploi d'en retrouver un grâce à leur savoir-faire.

Ainsi, ce statut peut constituer une solution pour certains chômeurs qui, au-delà de la cinquantaine, n'ont que peu de chances – surtout dans la période actuelle ! – de retrouver un emploi. Ce système leur procure un supplément de revenu ; ils y trouvent aussi le moyen de se sentir de nouveau utiles à la société.

En outre, le statut d'auto-entrepreneur permet à de nombreuses personnes, par exemple aux retraités ou aux étudiants, de bénéficier d'un revenu complémentaire en toute légalité. Ce dispositif permet en outre de lutter contre le travail au noir.

Or l'alinéa 5 de l'article 11 prévoit la suppression des avantages octroyés à l'auto-entrepreneur, ce qui ne peut qu'aboutir, dans la foulée, à la suppression de l'auto-entrepreneur.

Voilà pour l'amendement n° 132. J'en viens à l'amendement n° 182.

Dès lors que le présent PLFSS tend à supprimer l'abattement de 10 % pour frais professionnels applicable aux gérants majoritaires, il va créer une distorsion de traitement en fonction du statut juridique des chefs d'entreprise, et ce en défaveur des plus petites entreprises.

De plus, l'argument selon lequel les gérants majoritaires « déduisent déjà leurs frais professionnels du résultat de leur entreprise », ce qui « revient à déduire les frais deux fois », est incorrect puisque les bénéficiaires de l'abattement de 10 % ne sont pas admis à se faire rembourser ni, donc, à déduire des résultats de leur société les frais professionnels déjà couverts par cet abattement.

Il convient de rappeler ici que les frais professionnels, qu'ils soient appréciés « au réel » ou de façon forfaitaire, sont les frais supportés à titre personnel par le contribuable, inhérents à son emploi, indispensables à son activité professionnelle. Ils concernent notamment les dépenses de trajet entre le domicile et le lieu de travail, y compris les frais de parking et de péage, les intérêts d'emprunt du véhicule, les frais de nourriture dans le cas où la personne ne peut pas rentrer déjeuner à son domicile, les frais de double résidence, les frais de vêtements, c'est-à-dire toutes dépenses engagées non pas pour le compte de la société, mais, à titre personnel, pour pouvoir travailler.

À défaut d'obtenir la suppression de l'alinéa 5, nous demandons *a minima* de laisser aux gérants majoritaires de SARL la possibilité de déduire les frais de trajet engagés entre le domicile et le lieu de travail, ainsi que le coût des repas sur place.

M. le président. Les amendements n°s 182 et 313 sont identiques.

L'amendement n° 182 est présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménie, Longuet, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. de Raincourt et Savary.

L'amendement n° 313 est présenté par M. Barbier.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Compléter cet alinéa par les mots :

à l'exception des frais de trajet engagés pour se rendre sur leur lieu de travail ainsi que le coût des repas sur place

L'amendement n° 182 a été défendu.

La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 313.

M. Gilbert Barbier. Comme l'a indiqué notre collègue Alain Milon, l'article 11 tend à supprimer l'abattement de 10 % pour frais professionnels applicable aux gérants majoritaires. Or il s'agit souvent de très petites entreprises.

Je propose donc, moi aussi, d'exclure les frais de carburant engagés du domicile au lieu de travail, ainsi que les frais de repas pris sur place.

Il s'agit, selon moi, d'une mesure d'équité puisque, contrairement à ce qui a été indiqué, les bénéficiaires de l'abattement de 10 % ne sont pas admis à se faire rembourser ni à déduire des résultats de leur société les frais professionnels déjà couverts par cet abattement. Ils ne bénéficient donc pas d'un double abattement.

M. le président. L'amendement n° 272 rectifié, présenté par Mme Primas et M. G. Larcher, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 6

Supprimer cet alinéa.

II. - En conséquence, alinéa 34

Supprimer cet alinéa.

La parole est à Mme Sophie Primas.

Mme Sophie Primas. Je ne reviens pas sur l'argumentation développée par mes précédents collègues, qui montre que les alinéas visés créent une injustice pour les gérants majoritaires.

J'ajouterai simplement que l'abattement de 10 % concerne également les retraités, ce qui ne manquera pas, là encore, de créer une injustice flagrante.

M. le président. L'amendement n° 322 rectifié, présenté par MM. Mézard, Alfonsi, Baylet, Bertrand, C. Bourquin, Collin et Fortassin, Mme Laborde et MM. Mazars, Placade, Requier, Tropeano, Vall et Vendasi, est ainsi libellé :

Alinéa 6

Rédiger ainsi cet alinéa :

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les dirigeants de société relevant d'un régime non salarié non agricole, dès lors que le revenu d'activité est inférieur au plafond annuel de la sécurité sociale, les dividendes perçus par le dirigeant sont assujettis à cotisations sociales obligatoires pour la différence comprise entre le plafond annuel et le montant de la rémunération. Cette fraction est considérée comme un revenu d'activité non salarié pour le calcul des cotisations sociales, de la contribution sociale généralisée, de la contribution pour le remboursement de la dette sociale, pour l'imposition dans la catégorie des traitements et salaires et pour l'application du II de l'article 154 bis du code général des impôts. Elle est prise en compte dans le calcul des droits à la retraite et dans le calcul des prestations de prévoyance. Elle n'est pas considérée comme une rémunération pouvant venir en déduction du résultat soumis à l'impôt sur les sociétés. »

La parole est à M. Jean-Claude Requier.

M. Jean-Claude Requier. La loi de financement de la sécurité sociale de 2009 avait introduit pour les seules sociétés d'exercice libéral un dispositif d'assujettissement aux cotisations sociales des dividendes versés excédant 10 % des capitaux propres de l'entreprise.

Le PLFSS pour 2013 prévoit d'élargir ce dispositif à l'ensemble des travailleurs indépendants exerçant leur activité dans le cadre des sociétés assujetties à l'impôt sur les sociétés. Cette mesure aurait de graves conséquences, car elle contribuerait à fragiliser et à déstabiliser le régime des travailleurs non salariés. En effet, de nombreux dirigeants pourraient être tentés d'opter pour le statut de salarié, ce qui réduirait de fait la masse des cotisations encaissées par ce régime.

Certes, cette disposition vise à combattre certains abus, mais elle ne doit pas aboutir à ce que les dividendes perçus par les chefs d'entreprise qui acquittent normalement leurs cotisations sociales soient lourdement taxés.

Aussi, cet amendement tend à établir un traitement équitable pour les dirigeants de société relevant d'un régime non salarié en assujettissant les dividendes perçus à cotisations sociales obligatoires dès lors que le revenu d'activité est inférieur au montant annuel du plafond de la sécurité sociale pour la différence comprise entre le plafond annuel et le montant de la rémunération.

M. le président. L'amendement n° 271 rectifié, présenté par Mme Primas et M. G. Larcher, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 32

Supprimer les mots :

, sous réserve des dispositions suivantes :

II. – En conséquence, alinéas 33 et 34

Supprimer ces alinéas.

La parole est à Mme Sophie Primas.

Mme Sophie Primas. Cet amendement vise à supprimer des mesures fiscales et sociales extrêmement défavorables aux travailleurs indépendants.

À l'accroissement de l'impôt sur le revenu prévu par le projet de loi de finances pour 2013, qui touchera l'ensemble des entreprises individuelles, viennent s'ajouter, pour les travailleurs indépendants, plusieurs dispositions du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Il s'agit du déplafonnement des cotisations maladie, de la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnels applicable aux gérants majoritaires et du paiement de cotisations sociales sur les dividendes versés. Au total, ces mesures représentent un alourdissement de 1,1 milliard d'euros des prélèvements à la charge des entreprises individuelles.

Dans le contexte économique incertain que nous connaissons, les conséquences de ces mesures seraient sévères pour les 2,6 millions de travailleurs indépendants, artisans, commerçants, entrepreneurs et professions

libérales, sur lesquels repose le dynamisme de nos territoires. Et ce sont les plus modestes de ces entreprises qui auront le plus à en souffrir, alors qu'il conviendrait de les soutenir.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'amendement n° 113 rectifié, présenté par M. Adnot, vise à supprimer certains alinéas de l'article 11 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, en particulier ceux qui touchent à la suppression de la déduction des frais professionnels pour les gérants majoritaires.

L'adoption de cet amendement conduirait à une dégradation de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale de plusieurs centaines de millions d'euros. Or, je l'ai dit, les dispositions dérogatoires dont bénéficie le régime social des indépendants ne sont justifiées ni du point de vue de l'équité ni du point de vue de la situation financière de ce régime.

Par conséquent, la commission des affaires sociales est défavorable à cet amendement.

L'amendement n° 132, présenté par les membres du groupe UMP, tend à supprimer l'alignement des cotisations des auto-entrepreneurs sur celles des travailleurs indépendants. Cet amendement n'est pas davantage justifié que le précédent et son adoption conduirait à une dégradation de l'équilibre des comptes de la sécurité sociale de 130 millions d'euros.

En outre, il faut tenir compte du sentiment des artisans, qui dénoncent les distorsions de concurrence que le régime de l'auto-entrepreneur introduit sur le plan des cotisations sociales.

Du reste, les mesures proposées par le Gouvernement n'ont pas pour effet de faire perdre à ce régime toute son attractivité puisqu'il n'est pas prévu de modifier la règle « zéro chiffre d'affaires, zéro cotisations ».

Mme Muguette Dini. C'est encore heureux !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission des affaires sociales émet donc un avis défavorable.

L'amendement n° 182, présenté par M. Milon, et l'amendement n° 313, présenté par M. Barbier, tendent à maintenir hors de l'assiette des cotisations sociales les frais engagés par les artisans pour se rendre sur leur lieu de travail et pour prendre leur repas sur place.

Outre que cette mesure, si elle était adoptée, serait assez difficile à mettre en œuvre, ces frais sont déjà pris en compte au titre de l'impôt sur le revenu. Néanmoins, avant de se prononcer sur ces amendements, la commission des affaires sociales souhaite connaître la position du Gouvernement.

L'amendement n° 272 rectifié, présenté par Mme Primas, tend à réintroduire l'abattement de 10 % pour frais professionnels applicable aux gérants majoritaires. Son adoption conduirait à une dégradation de 575 millions d'euros du solde des comptes de la sécurité sociale.

Mme Sophie Primas. La suppression de cet abattement est injuste !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. En outre, ces frais ouvrent déjà droit à une déduction de 10 % au titre de l'impôt sur le revenu. (Mme Sophie Primas proteste.)

La commission des affaires sociales émet donc un avis défavorable.

L'amendement n° 322 rectifié, présenté par M. Requier, vise à assujettir à cotisations sociales obligatoires les dividendes perçus par les travailleurs indépendants dont le revenu d'activité est inférieur au plafond de la sécurité sociale.

Cet amendement prévoit que, « pour les dirigeants de société relevant d'un régime non salarié non agricole, dès lors que le revenu d'activité est inférieur au plafond annuel de la sécurité sociale, les dividendes perçus par le dirigeant sont assujettis à cotisations sociales obligatoires pour la différence comprise entre le plafond annuel et le montant de la rémunération ». Dit plus simplement, il s'agit de créer une présomption de revenu d'activité pour les dividendes perçus par un travailleur indépendant dont les revenus d'activité sont inférieurs au plafond de la sécurité sociale.

Après examen attentif du dispositif ainsi proposé, il apparaît que, malgré sa complexité, il ne serait pas impossible à mettre en œuvre. Toutefois, il instaurerait un régime plus sévère que celui qui est prévu par le Gouvernement. Aussi la commission des affaires sociales a-t-elle résolu d'attendre, pour prendre position, de connaître l'avis du Gouvernement.

S'agissant, enfin, de l'amendement n° 271 rectifié, présenté par Mme Primas, qui vise à supprimer les mesures transitoires prévues pour l'entrée en vigueur de l'article 11 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, la commission des affaires sociales souhaite également, avant de se déterminer, avoir connaissance de l'avis du Gouvernement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Monsieur le président, permettez qu'avant d'indiquer au Sénat quels sont les avis du Gouvernement sur ces sept amendements, je réponde sur un plan général aux objections que plusieurs intervenants ont formulées.

Je rappelle d'abord que le conseil d'administration du régime social des indépendants a approuvé le projet de réforme que le Gouvernement soumet au Parlement. Loin de moi de prétendre que la légitimité des membres de ce conseil est supérieure à celle des élus ; mais leur légitimité n'est pas nulle non plus ! Ils sont tout de même issus des professions dont nous parlons. Il n'est donc pas anodin qu'ils aient approuvé les réformes qui figurent à l'article 11.

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. Ce sont des gens responsables !

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. À ceux qui nous reprochent de ne pas prévoir suffisamment d'économies, je fais observer que, si le taux de progression de l'ONDAM pour 2013 est fixé à 2,7 %, il s'établit à 2,5 % lorsqu'on le calcule par rapport à l'ONDAM voté par la majorité précédente dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012. C'est parce que les pouvoirs publics ont veillé à la maîtrise de la dépense en cours de gestion que le taux s'établit à 2,7 % par rapport aux dépenses exécutées.

Il me semble donc que les critiques de l'opposition mériteraient d'être atténuées. Si l'on compare ce qui est comparable, c'est-à-dire les ONDAM figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 et dans le présent PLFSS, il ne semble pas que le gouvernement actuel fasse pis que ses prédécesseurs en matière de maîtrise de la dépense sociale.

C'est par souci de transparence et de loyauté à l'égard du Parlement que nous avons déterminé l'ONDAM pour 2013 par rapport aux dépenses exécutées en 2012, et non par rapport aux dépenses prévues par le précédent gouvernement. Il ne faudrait pas que cette loyauté et cette transparence, en valant au Gouvernement des critiques, donnent l'impression d'être sanctionnées ; car cela découragerait de persévérer dans un sens que je crois heureux.

Une autre critique se fonde sur les prétendus effets négatifs de l'article 11 sur la compétitivité. Cet argument mérite d'être relativisé, sauf à considérer que les commerçants et les artisans de notre pays sont, sinon tous, du moins majoritairement présents sur les marchés extérieurs. J'ignore si, dans le département de la Manche, monsieur Bas, l'ensemble des commerçants et des artisans ont affaire à une concurrence internationale, soit qu'ils décident de s'y mesurer, soit qu'ils la subissent, mais le fait est que, dans beaucoup de départements, ce phénomène ne me paraît pas patent...

Tirer argument de la défense de la compétitivité pour critiquer l'article 11 du projet de loi de financement de la sécurité sociale me paraît donc quelque peu abusif.

À moins, bien entendu, que l'on désire privilégier certains cabinets d'avocats, notamment parisiens, dont cet article dégrade objectivement la compétitivité. Si c'est à ceux-là que vous pensiez, monsieur le sénateur, je ne peux qu'être d'accord avec vous ; mais convenez que, parmi les travailleurs indépendants, ceux-là sont tout de même très loin d'être majoritaires : l'arbre ne doit pas cacher la forêt !

Du point de vue de la justice, au nom de quoi ces travailleurs indépendants devraient-ils être exonérés de toute cotisation au-delà d'un revenu annuel de 180 000 euros, alors que les autres actifs, dans toutes les professions, cotisent sur la totalité de leurs revenus ? (Mme la présidente de la commission des affaires sociales acquiesce.)

Je comprends que le souci de notre compétitivité conduise certains parlementaires à défendre ces actifs-là ; mais vous m'accorderez que la justice y trouve mal son compte.

J'en arrive aux amendements eux-mêmes.

Beaucoup ont trait à la suppression de l'abattement de 10 % sur l'assiette sociale pour frais professionnels. En l'état actuel du droit, ces frais professionnels, calculés à hauteur de 10 % de façon forfaitaire, sont déjà déduits, sur le plan fiscal, du résultat de la société dont les gérants majoritaires tirent leurs revenus.

Autrement dit, l'avantage social ici visé se double d'une autre déduction de 10 %, consentie en matière fiscale.

Le Gouvernement propose au Parlement de supprimer la déduction de 10 % sur l'assiette sociale, considérant que c'est assez d'une seule : celle qui s'applique en matière fiscale, et que le Gouvernement, quoiqu'elle semble indue à certains, n'a pas jugé opportun de supprimer pour 2013.

En somme, les frais professionnels ouvrent déjà droit à une déduction ; les déduire une seconde fois au titre de l'assiette sociale nous a paru excessif.

Je précise que, si ces frais professionnels ne sont pas déduits du résultat de la société, le gérant a toujours la possibilité d'opter pour la déduction des frais réels en imputant ceux-ci sur son résultat, avant l'établissement de son assiette taxable.

Je crois donc qu'il n'y a pas d'injustice à prendre cette mesure de suppression. Tous ceux qui ont proposé, d'une manière ou d'une autre, de revenir sur cette disposition devraient s'aviser qu'il est finalement assez normal de n'accepter une déduction qu'une seule fois.

La question de l'alignement des cotisations des auto-entrepreneurs sur celles des artisans et des commerçants régulièrement inscrits au registre du commerce et des sociétés ou au répertoire des métiers a déjà été largement débattue.

Dès lors que ces deux catégories se font concurrence et que, par ailleurs, les auto-entrepreneurs conservent un certain nombre d'avantages que le Gouvernement ne propose pas au Parlement de supprimer dans le PLFSS pour 2013, je considère qu'il est assez loyal que les uns et les autres soient soumis au même régime de cotisations sociales.

Sans doute cette mesure déplaira-t-elle aux auto-entrepreneurs. Mais je ne suis pas certain qu'elle causera une peine infinie aux entrepreneurs régulièrement inscrits, qui ont des obligations déclaratives, paient ces cotisations et n'ont pas toujours bien compris pourquoi certains qui exerçaient les mêmes professions qu'eux bénéficiaient d'un régime de cotisation plus favorable que le leur.

Chacun choisira ceux qu'il entend privilégier. Il nous semble que ne privilégier ni les uns ni les autres, mais privilégier simplement l'équité et la justice devrait suffire à clore ce débat. (Marques d'approbation sur les travées du groupe socialiste.)

S'agissant de l'amendement n° 322 rectifié, qui porte sur l'assujettissement des dividendes à cotisations sociales obligatoires, je crains qu'il ne soit exagérément sévère pour les dirigeants de société qui se versent peu de dividendes et très favorable à ceux qui s'en versent beaucoup. C'est du moins ainsi, monsieur Requier, que j'ai compris l'amendement.

Aujourd'hui, certains gérants majoritaires peuvent se rémunérer sous forme de dividendes, soit en une fois soit sous forme d'acomptes sur dividendes. Le Gouvernement estime qu'au-delà d'un montant supérieur à 10 % des fonds propres de la société, les dividendes versés constituent un revenu salarial classique et doivent être traités comme tel.

Au total, quels que soient le chiffre d'affaires et le montant des dividendes, dès lors que ceux-ci dépassent 10 % des fonds propres de la société, ils doivent être, comme des revenus salariaux, soumis aux cotisations salariales : l'équité et l'équilibre des finances publiques y trouveront leur compte.

Pour ce qui concerne l'amendement n° 271 rectifié, qui tend à retarder l'entrée en vigueur de ces dispositions, le Gouvernement y est naturellement défavorable. Si le Parlement décide de voter ces dispositions, il faut qu'elles puissent prendre effet dès le 1^{er} janvier 2013.

Le Gouvernement est donc défavorable aux sept amendements qui viennent d'être présentés.

M. le président. La parole est à M. Philippe Bas, pour explication de vote sur l'amendement n° 113 rectifié.

M. Philippe Bas. Monsieur le ministre, puisque vous avez bien voulu manifester votre intérêt pour les artisans du département de la Manche, j'aurai plaisir à vous apporter quelques précisions afin de compléter votre information.

Si vous venez dans la Manche, où, naturellement, vous êtes cordialement invité, je vous ferai visiter à Saint-Pois la société Plastimétal, à Saint-Laurent-de-Cuves l'entreprise James Ébénistes, fondée par Rémi James, à Pontorson la Biscuiterie Mère Poulard (Exclamations gourmandes et amusées sur de nombreuses travées.) et, si vous nous faites le plaisir de rester à déjeuner, nous vous servons le « calva » du domaine du Coquerel, à Saint-Hilaire-du-Harcouët.

M. Gérard Larcher. Excellent !

M. Philippe Bas. M. Larcher le connaît bien ! (Sourires et exclamations.)

Nous terminerons sur un camembert de la fromagerie Réaux, de Lessay.

M. Gérard Larcher. Très bien !

M. Philippe Bas. Vous constaterez que toutes ces entreprises artisanales, qui exportent jusqu'au Japon – oui, monsieur le ministre ! –, s'intéressent aux problèmes de compétitivité.

Il n'y a pas que les grandes cliniques privées et les cabinets d'avocats, que vous semblez bien connaître, pour avoir besoin, en effet, que l'on évite d'alourdir massivement leurs charges au moment où elles rencontrent tant de difficultés économiques. (Applaudissements sur les travées de l'UMP. – Mmes Muguet Dini et Chantal Jouanno applaudissent également.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Noël Cardoux, pour explication de vote.

M. Jean-Noël Cardoux. Permettez-moi de revenir sur la suppression de l'abattement de 10 % pour frais professionnels dont bénéficient les gérants majoritaires.

Monsieur le ministre, pardonnez-moi de ne pas être en phase avec vos arguments : je crois que proposer une telle suppression, c'est faire preuve d'une méconnaissance totale du fonctionnement juridique des sociétés dans notre pays et de ce qu'on appelait jadis la « loi de 1966 ».

Je rappelle simplement qu'un gérant majoritaire de SARL, un président de société anonyme – ancienne formule – ou de SAS – nouvelle formule – ou encore un président de directoire voient leur rémunération fixée par la collectivité des associés, par le conseil de surveillance ou par le conseil d'administration. Ces délibérations, à moins de le préciser expressément, ne supposent pas d'autre prise en charge de frais.

Qu'est-ce qu'un gérant majoritaire ? C'est quelqu'un qui détient plus de 50 % d'une SARL. Mais il a des associés, qui ont pris des risques en investissant des fonds dans la société en question et qui sont chargés de veiller à ce que les rémunérations du gérant en qui ils ont placé leur confiance ne soient pas excessives.

À partir de là, je ne comprends pas comment on peut avancer qu'un gérant majoritaire de SARL déduit déjà certains frais qui ne sont pas expressément prévus par la collectivité des associés. Ce n'est pas vrai parce que ce n'est pas possible !

Comme l'ont dit d'autres intervenants, cet abattement de 10 %, à l'instar de ce qui se passe pour un salarié, couvre un certain nombre de frais qui sont difficiles à évaluer. Alors, bien entendu, on peut déduire les frais réels, mais cela signifie qu'il faut comptabiliser tous les déplacements que l'on fait entre le lieu de travail et son domicile, produire des justificatifs... C'est un poids qui s'ajoute au fardeau que supportent déjà les dirigeants ! Il y a là, selon moi, un problème fondamental d'incompréhension du fonctionnement de la loi sur les sociétés.

J'ajoute que le dispositif présenté induit une discrimination importante par rapport aux dirigeants majoritaires de société à qui j'ai fait allusion tout à l'heure : les présidents de société anonyme ou de SAS. En effet, bien que leur rémunération, à eux aussi, soit fixée par le conseil d'administration, et même s'ils sont largement majoritaires dans leur société, ils continueront, eux, de bénéficier de cet abattement de 10 % qui est inscrit dans le code général des impôts.

J'avoue que je ne comprends pas et je pense que, dans les services du ministère, on ferait bien de réviser un peu son droit des sociétés ! (Applaudissements sur les travées de l'UMP. – MM. Philippe Adnot et Jean-François Husson applaudissent également.)

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Debré, pour explication de vote.

Mme Isabelle Debré. Je voudrais interroger mes collègues de la majorité : avez-vous l'intention de demander systématiquement des scrutins publics ?

Vous êtes aux commandes du pays. Vous examinez le premier projet de loi de financement de la sécurité sociale élaboré par un gouvernement que vous soutenez. Or, alors que vous nous donnez des leçons de « présentisme », vous êtes minoritaires dans cet hémicycle, et c'est la raison pour laquelle vous demandez systématiquement des scrutins publics sur nos amendements. Il y a de quoi être choqué, d'autant que le mardi après-midi est toujours un moment où le Sénat siège. Nous, nous sommes présents !

J'ai l'impression que le PLFSS ne vous intéresse pas. Belle image que vous donnez à la France ! (Applaudissements sur les travées de l'UMP et de l'UDI-UC.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Godefroy, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Godefroy. Je voudrais dire à Mme Debré que son propos est, pour le moins, décalé !

Madame Debré, combien de fois par le passé nous sommes-nous trouvés dans la situation inverse ?

Mme Isabelle Debré. Pas pour le PLFSS !

M. Jean-Pierre Godefroy. Parce que, selon vous, le PLFSS revêt, de ce point de vue, un caractère particulier ?

Mme Isabelle Debré. Oui, quand même !

M. Jean-Pierre Godefroy. En tout cas, sur des textes aussi importants que la loi « hôpital, patients, santé, territoires », nous étions dans la situation inverse !

Par conséquent, dans ce débat qui était jusqu'à maintenant de très bonne tenue, cette intervention me semble inutile.

Mme Isabelle Debré. J'assume !

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 113 rectifié.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe socialiste.

Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 23 :

Nombre de votants	346
Nombre de suffrages exprimés	346
Majorité absolue des suffrages exprimés	174
Pour l'adoption	171
Contre	175

Le Sénat n'a pas adopté.

La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote sur l'amendement n° 132.

M. Alain Milon. Monsieur le président, c'est plutôt une explication de texte que je souhaite demander à M. le ministre.

Selon lui, les administrateurs du RSI étant favorables à la mesure présentée par le Gouvernement, il faut que nous la votions.

On peut entendre cette argumentation, mais il faut aussi savoir que tant la CNAF et la CNAM que l'UNCAM ont donné un avis défavorable sur ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Alors, monsieur le ministre, doit-on vous suivre ou suivre ces organismes ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 132.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe socialiste.

Mme Isabelle Debré. Encore ?

M. le président. Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement.

Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 24 :

Nombre de votants	346
Nombre de suffrages exprimés	346
Majorité absolue des suffrages exprimés	174
Pour l'adoption	171
Contre	175

Le Sénat n'a pas adopté.

Je mets aux voix les amendements identiques n°s 182 et 313.

J'ai été saisi d'une demande de scrutin public émanant du groupe socialiste. (Exclamations et marques d'ironie sur les travées de l'UMP.)

M. Philippe Bas. Vous n'avez pas confiance en vous...

M. le président. Je rappelle que l'avis de la commission est défavorable, de même que celui du Gouvernement. Il va être procédé au scrutin dans les conditions fixées par l'article 56 du règlement.

Le scrutin est ouvert.

(Le scrutin a lieu.)

M. le président. Personne ne demande plus à voter ?...

Le scrutin est clos.

J'invite Mmes et MM. les secrétaires à procéder au dépouillement du scrutin.

(Il est procédé au dépouillement du scrutin.)

M. le président. Voici le résultat du scrutin n° 25 :

Nombre de votants	345
Nombre de suffrages exprimés	345
Majorité absolue des suffrages exprimés	173
Pour l'adoption	170
Contre	175

Le Sénat n'a pas adopté.

La parole est à Mme Sophie Primas, pour explication de vote sur l'amendement n° 272 rectifié.

Mme Sophie Primas. Je reviens sur cet amendement, monsieur le ministre, pour bien préciser, comme l'a fait tout à l'heure mon collègue Cardoux, qu'il existe deux types de frais professionnels : ceux qui sont liés à l'exercice même de la fonction, à savoir les frais de déplacement, les invitations ou les fournitures, lesquels font l'objet de notes de frais et sont donc déduits de l'impôt sur les sociétés, et ceux qui sont susceptibles d'être couverts par l'abattement dans le cadre de l'impôt sur les revenus à titre individuel, lesquels ne représentent pas du tout les mêmes frais.

Qu'il s'agisse des gérants majoritaires ou des autres patrons d'entreprise, les frais professionnels ne sont donc pas décomptés deux fois. Par conséquent, pourquoi l'abattement serait-il supprimé uniquement pour les gérants majoritaires ?

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 272 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 322 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 271 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 314, présenté par M. Barbier, est ainsi libellé :

I. - Après l'alinéa 6

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

3° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, les sommes que les gérants majoritaires se versent à d'autres titres que la rémunération de leur activité professionnelle et qui représentent plus de 10 % des fonds propres font l'objet d'un abattement égal à 40 % au titre des cotisations sociales. »

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I ci-dessus, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. Gilbert Barbier.

M. Gilbert Barbier. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 avait introduit, pour les seules sociétés d'exercice libéral, un dispositif d'assujettissement des dividendes versés excédant 10 % des capitaux

propres de l'entreprise. L'article 11 vise à élargir ce dispositif à l'ensemble des travailleurs indépendants exerçant leur activité dans le cadre de sociétés assujetties à l'impôt sur les sociétés.

Les gérants majoritaires des petites entreprises imposés au régime des TNS, les travailleurs non salariés, lient souvent leur revenu à la « santé » de leur entreprise au travers de dividendes directement liés aux risques pris. Cet amendement vise donc à permettre à ces derniers de bénéficier d'un abattement de 40 % au titre des cotisations sociales sur la fraction des dividendes représentant plus de 10 % des fonds propres.

M. le président. L'amendement n° 183, présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménie, Longuet, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. de Raincourt et Savary, est ainsi libellé :

I. - Après l'alinéa 7

Insérer un alinéa ainsi rédigé :

B bis (nouveau). - Après le premier alinéa du même article L. 133-6-8, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les sommes que les gérants majoritaires se versent à d'autres titres que la rémunération de leur activité professionnelle et qui représentent plus de 10 % des fonds propres font l'objet d'un abattement égal à 40 % au titre des cotisations sociales. »

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I ci-dessus, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour les organismes de sécurité sociale du I est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. Jean-Noël Cardoux.

M. Jean-Noël Cardoux. Mon collègue Alain Milon m'a chargé de présenter cet amendement, très voisin de celui que vient de défendre Gilbert Barbier. Il vise également à introduire un abattement de 40 % sur les dividendes représentant plus de 10 % des fonds propres. La perte de recettes serait aussi compensée par une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

Je ne m'étendrai pas sur cet amendement, l'argumentation développée par mon collègue Gilbert Barbier me paraissant tout à fait pertinente. Je ferai toutefois remarquer que les dispositions de l'article 11 témoignent d'une méconnaissance juridique de la nature des dividendes.

Je l'ai dit, un chef d'entreprise gérant majoritaire est rémunéré par un traitement fixé par la collectivité des associés. Lorsque ces derniers laissent à la disposition de la société des fonds propres pour investir ou assurer la trésorerie, ils ont droit à une rémunération. Ils permettent en effet à la société de ne pas avoir recours à l'emprunt et, donc, de ne pas avoir à supporter les frais bancaires et financiers afférents.

J'y insiste, à partir du moment où ces associés, ces gérants, font prendre un risque à leurs capitaux propres, il n'y a pas de raison qu'ils ne soient pas rémunérés normalement, à telle enseigne d'ailleurs que les URSAFF ont parfois tendance, dans le cadre de leurs contrôles, à remettre en cause les dividendes versés, pour les réinjecter dans les rémunérations.

Je crois qu'il faut respecter les décisions de la collectivité des associés et le fait économique selon lequel les capitaux investis par les associés et les gérants sont soumis à risque. Par conséquent, si on veut persévérer dans une logique de taxation des dividendes, la rémunération de ces derniers doit bénéficier *a minima* d'un abattement de 40 %.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Pour les indépendants qui constituent leur activité sous forme de société, l'article vise à assujettir les dividendes à cotisations sociales lorsqu'ils représentent plus de 10 % du capital social.

L'amendement n° 314 prévoit un abattement de 40 % sur les dividendes au titre des cotisations sociales. S'il était adopté, cet amendement remettrait partiellement en cause la mesure proposée par le Gouvernement. Or lorsque les dividendes excèdent, en une seule année, plus de 10 % du capital social, on peut présumer que l'indépendant substitue des dividendes à de la rémunération d'activités. Le dispositif proposé est donc utile pour éviter une évaporation de cotisations sociales.

Par conséquent, la commission demande le retrait de cet amendement ; à défaut, elle émettrait un avis défavorable.

La commission adopte la même position sur l'amendement n° 183.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Le Gouvernement émet le même avis sur les deux amendements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 314.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 183.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 242 rectifié *bis*, présenté par Mme Dini, MM. Vanlerenberghe et Amoudry, Mme Jouanno, MM. Marseille, Roche et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Alinéa 7

Rédiger ainsi le début de cet alinéa :

B. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-6-8, après les mots : « code général des impôts », sont insérés les mots : « et exerçant leur activité à titre accessoire »

La parole est à Mme Muguette Dini.

Mme Muguette Dini. Cet amendement vise à ne pas relever le taux des cotisations sociales des auto-entrepreneurs exerçant leur activité à titre principal.

La dernière enquête lancée par l'INSEE auprès des créateurs d'entreprise est fort intéressante, notamment parce qu'elle nous informe précisément sur le portrait type de l'auto-entrepreneur.

Trois auto-entrepreneurs sur quatre n'auraient pas créé leur activité en dehors du régime.

Les principaux avantages identifiés portent sur la simplicité des procédures, tant pour l'inscription que pour le paiement des charges, pour 67 % des personnes interrogées, sur l'attractivité du taux de prélèvement, pour 40 % d'entre elles, et sur la gratuité des formalités déclaratives, dans 38% des réponses.

Pour 44 % des personnes interrogées et 66 % des demandeurs d'emploi, l'objectif visé est d'assurer son propre emploi. Vient ensuite, dans 35 % des réponses, la recherche d'une activité de complément, notamment pour les salariés.

Les auto-entrepreneurs demandeurs d'emplois doivent absolument être soutenus, à la différence des salariés et retraités à la recherche d'une activité de complément, sur lesquels pourraient peser les dispositions de l'article 11.

Ces auto-entrepreneurs demandeurs d'emplois doivent déclarer chaque mois auprès de Pôle emploi leur chiffre d'affaires. Leur allocation est révisée en fonction de celui-ci.

Il convient également de souligner que le chiffre d'affaires annuel moyen des auto-entrepreneurs reste peu élevé. Les données publiées par l'ACOSS, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, le 2 novembre dernier montrent que, parmi les auto-entrepreneurs administrativement actifs, 48 % sont économiquement actifs. Environ 377 600 auto-entrepreneurs ont à ce jour déclaré un chiffre d'affaires positif au deuxième trimestre 2012.

On y apprend également que, au titre du deuxième trimestre 2012, environ 47 700 auto-entrepreneurs ont déclaré plus de 7 500 euros de chiffre d'affaires, parmi lesquels 24 300 ont dégagé un chiffre d'affaires supérieur à 10 000 euros.

L'analyse de l'ACOSS est la suivante : « Pour la majorité des auto-entrepreneurs déclarant un chiffre d'affaires positif, le régime micro-social ne permet de dégager au mieux qu'un complément de revenu ou un faible salaire ».

Par cet amendement, nous vous demandons, mes chers collègues, de soutenir toutes ces femmes et ces hommes qui créent leur propre emploi.

Toute augmentation de leurs cotisations sociales serait une mauvaise décision en cette période de crise économique. Elle risquerait aussi de décourager ceux qui voudraient s'engager dans cette voie.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Il s'agit d'un amendement de repli par rapport aux dispositions relatives aux entrepreneurs contenues dans l'article 11, lequel prévoit, pour les auto-entrepreneurs et les indépendants, un taux équivalent de cotisations.

Il est ici proposé une distinction, peu convaincante, entre les auto-entrepreneurs exerçant leur activité à titre accessoire et ceux qui l'exercent à titre principal. Or ce sont ces derniers qui font la concurrence la moins justifiée aux artisans et commerçants.

La commission est donc défavorable à l'amendement n° 242 rectifié *bis*.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Même avis.

M. le président. La parole est à Mme Isabelle Pasquet, pour explication de vote.

Mme Isabelle Pasquet. Cet amendement prévoit, au final, malgré un léger aménagement du dispositif lié à l'auto-entrepreneuriat, de maintenir les mécanismes dérogatoires de cotisations sociales dues par les auto-entrepreneurs.

Nous l'avons déjà souligné, en l'état, ce dispositif constitue une incitation pour les employeurs à contourner le droit du travail. Par conséquent, nous ne voterons pas cet amendement.

Pour illustrer mes propos, je prendrai un exemple.

Pendant la période estivale, des petites annonces fleurissaient sur internet où des propriétaires de restaurant ou de bar recherchaient du personnel en échange d'une rémunération de 13 euros de l'heure à une condition : qu'ils aient le statut d'auto-entrepreneurs.

Le mouvement de licenciement et de contractualisation que nous avons décrit précédemment a, par ailleurs, été constaté dès 2010 dans une étude menée par l'URSSAF d'Amiens.

Il faut dire que les employeurs ont tout intérêt à se comporter ainsi puisqu'ils ne paient plus de cotisations sociales et peuvent faire travailler leur ex-salarié autant d'heures qu'ils le souhaitent, si ce dernier accepte.

Installé à son compte, l'ancien salarié gagne souvent un peu plus qu'avant, mais perd toutes les garanties attachées au contrat de travail, notamment le droit aux allocations chômage et aux congés payés, ce que les auto-entrepreneurs ignorent, d'ailleurs, parfois.

Autre avantage pour l'employeur, il peut rompre à tout moment le contrat de prestation de services sans s'exposer à aucune sanction. L'auto-entrepreneur, quant à lui, se voit privé sans compensation de ses revenus.

Ce dispositif participe donc d'une forme de précarisation du monde du travail et il nous est par conséquent impossible de le soutenir.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 242 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 181 est présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménie, Longuet, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. de Raincourt et Savary.

L'amendement n° 312 est présenté par M. Barbier.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 9 à 15

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Jean-Noël Cardoux, pour présenter l'amendement n° 181.

M. Jean-Noël Cardoux. Il s'agit de nouveau de la surimposition des cotisations sociales des travailleurs indépendants.

Cet amendement vise à supprimer les alinéas 9 à 15 de l'article 11. Nous voyons plusieurs raisons à cela, en particulier, pour revenir sur les propos de mon collègue Philippe Bas, afin de soutenir la compétitivité, même s'il s'agit d'entreprises individuelles, de ces petites entreprises qui forment le tissu économique de notre pays, car si elles parviennent à dégager des marges de manœuvre, elles peuvent, à l'instar des autres entreprises, créer des emplois.

J'ai été un peu étonné tout à l'heure quand M. le ministre a affirmé que les dirigeants du régime social des indépendants, le RSI, avaient été consultés et approuvaient la mesure proposée. J'espère que les élections qui ont lieu actuellement pour renouveler les dirigeants du RSI permettront à ceux-ci d'être un peu plus près de leur base. En effet, nous, les professionnels de terrain qui travaillons en permanence avec les petites professions indépendantes, qu'elles soient libérales ou commerciales, constatons un déphasage total entre le RSI et ses dirigeants et ces petites entreprises qui supportent des cotisations énormes.

Nous l'avons fait au moment de la discussion sur la TVA anti-délocalisation, on pourrait s'interroger sur la pertinence de faire supporter aux entreprises la politique familiale en France. On pourrait envisager d'autres solutions. Il m'avait semblé que certains d'entre vous n'étaient pas fermés à cette idée.

Par ailleurs, le mode de recouvrement des cotisations sociales auprès des travailleurs indépendants, professions libérales ou commerçants, prévoit des rappels considérables dans les années n+2, calculés à partir de résultats dégagés dans une période peut-être plus favorable que celle qu'ils connaissent deux ans plus tard. Ces rappels peuvent mettre en péril l'existence même de ces petites entreprises. Les interventions auprès du RSI pour permettre d'étaler les paiements ou d'anticiper en réduisant les acomptes demandés aux commerçants l'année suivante sont le plus souvent refusées.

Nous assistons à un véritable divorce entre ce qui constitue le cœur de notre économie, à savoir les petites entreprises, et le RSI au travers de son système de prélèvement des cotisations sociales. Augmenter de nouveau ces cotisations reviendrait à porter un mauvais coup de plus à l'activité de ces petites entreprises.

M. le président. La parole est à M. Gilbert Barbier, pour présenter l'amendement n° 312.

M. Gilbert Barbier. L'article 11, je ne sais pas si chacun s'en rend compte, va peser lourdement sur les travailleurs indépendants, à travers une augmentation massive de leurs charges : déplafonnement des cotisations d'assurance maladie, réintégration dans l'assiette des cotisations et contributions sociales de la déduction forfaitaire pour frais professionnels, réintégration des dividendes dépassant 10 % des capitaux propres dans l'assiette des cotisations sociales.

Or la très grande majorité des PME françaises qui sont les plus pourvoyeuses d'emplois sont dirigées par des chefs d'entreprise non salariés. Le rôle de ces dirigeants indépendants est donc capital pour la France, surtout en ce moment. L'accroissement démesuré de ces prélèvements, qu'ils aient un caractère fiscal ou social, ne manquera pas d'avoir des effets négatifs sur leurs choix à l'égard du développement de leur entreprise, notamment en matière d'emploi. Selon moi, les mesures prévues à cet article vont décourager les entreprises d'aller de l'avant, ce qui est pourtant souhaité par le Gouvernement et par tout le monde.

C'est pourquoi cet amendement prévoit de supprimer le déplafonnement des cotisations d'assurance maladie instauré au D du I de l'article 11.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ces amendements visent à supprimer le déplafonnement des cotisations maladie des indépendants.

Je me suis déjà exprimé sur le sujet. Le RSI était le dernier régime à connaître un plafonnement des cotisations maladie-maternité.

En cohérence avec ses positions précédentes, la commission a émis un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Le Gouvernement est défavorable à ces deux amendements identiques.

Je l'ai déjà dit, au moment où un effort est réclamé au pays, il me paraît légitime de demander à ceux qui au-delà de 180 000 euros ne cotisaient pas sur leurs revenus de le faire désormais.

Vous semblez penser que l'ensemble des chefs d'entreprise, des commerçants et des artisans seront concernés par cette disposition. On pourrait presque regretter pour eux que tel ne soit pas le cas. Nous savons bien, au vu de la distribution des revenus des commerçants, des artisans et des chefs d'entreprise, que l'écrasante majorité d'entre eux ne sera évidemment pas concernée par cette disposition pour le simple motif qu'ils n'ont pas ce niveau le revenu.

Je souhaite mesurer quelque peu vos propos en les ramenant à une juste proportion. Il est incontestable que cette mesure est rude pour les professionnels, mais elle ne concerne qu'une minorité des indépendants.

Quant au RSI, ceux qui sont redevables de ce régime choisiront leurs dirigeants en leur âme et conscience ; je n'ai pas à porter de jugement en la matière. Je constate simplement que sinon les dirigeants, en tout cas le conseil d'administration de ce régime a approuvé cette réforme. Cela n'emporte pas décision. La légitimité du Parlement est insurpassable, et je n'ai jamais prétendu le contraire. Je considère simplement qu'à partir du moment où les administrateurs du régime ont accepté la réforme dans son principe et dans ses modalités, c'est qu'ils ont dû estimer que, dans l'ensemble, les indépendants affiliés à ce régime ne devaient pas y perdre autant que certains semblent bien vouloir le dire.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 181 et 312.

(Les amendements ne sont pas adoptés.)

M. le président. L'amendement n° 379, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

Compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale, la demande prévue à cet alinéa est ouverte aux pédicures-podologues affiliés au régime mentionné à l'article L. 722-1 du même

code à la date de publication de la présente loi. À cette fin, ils doivent adresser un courrier faisant état de leur choix à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du régime général dont ils dépendent et au régime social des indépendants au plus tard le 30 avril 2013. L'affiliation au régime social des indépendants prend effet à compter du 1^{er} janvier 2013.

La parole est à M. le ministre délégué.

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Le présent amendement offre de nouveau la possibilité aux pédicures-podologues relevant du régime maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés de demander leur affiliation au RSI, en vue d'être affiliés à ce régime, qui leur était précédemment ouvert jusqu'au 31 mars 2012.

Il est ainsi tenu compte des incompréhensions ou difficultés que ces professionnels ont pu rencontrer dans l'exercice de ce droit d'option.

Cet amendement ne devrait pas poser de difficulté au Parlement, en tout cas je forme le vœu qu'il en soit ainsi.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission des affaires sociales est favorable à cet amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 379.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote sur l'article.

M. Alain Milon. Nous avons beaucoup parlé de cet article, mais il n'est pas inutile de procéder à quelques redites.

L'article 11 prévoit d'infliger 1,3 milliard d'euros de prélèvements supplémentaires aux travailleurs indépendants : commerçants, artisans et professions libérales.

Une fois de plus, le Gouvernement démontre qu'au lieu de rechercher un équilibre en mettant en place une restriction des dépenses, sa seule obsession est l'augmentation des recettes. Cette hausse des cotisations aura des conséquences catastrophiques sur l'emploi et sur l'investissement pour les travailleurs indépendants.

Tout d'abord, le principe même de cette mesure est particulièrement injuste. Les commerçants, artisans et professions libérales travaillent beaucoup, créent des emplois et sont très présents dans nos territoires ruraux. Ils embauchent et forment de nombreux jeunes, notamment dans les métiers manuels, que nous avons le devoir de revaloriser. Alors que les indépendants souffrent déjà de la crise, l'annonce de la hausse des cotisations est un signal désastreux dans une période où les trésoreries sont tendues et où la consommation des ménages est historiquement au plus bas.

En outre, elle vient s'ajouter à la suppression des exonérations de charges sociales sur les heures supplémentaires de leurs employés ! Cette mesure est d'autant plus délétère que, même si les professions libérales cotisent à un taux légèrement inférieur, elles bénéficient, pour l'assurance maladie-maternité, non pas de prestations en espèces identiques à celles du régime général, mais uniquement des prestations en nature.

Préserver leurs cotisations maladie serait non seulement une juste reconnaissance du temps et de l'énergie qu'ils consacrent à leur métier, mais surtout une nécessité pour les aider à surmonter la crise.

En outre, la grande majorité des entreprises françaises du secteur marchand non agricole sont dirigées par des chefs d'entreprise non salariés, les travailleurs indépendants. En proposant de réintégrer dans l'assiette des cotisations sociales les dividendes versés dépassant 10 % des capitaux propres, vous faites un amalgame entre les revenus du capital et ceux du travail. Les dividendes sont d'une autre nature que les revenus du travail : ce sont des revenus du capital, qui sont d'ailleurs imposés comme tels, nos collègues l'ont souligné tout à l'heure. Selon nous, il convient de maintenir cette distinction. Les frais professionnels ne sont pas toujours pris en charge par les sociétés. Lorsqu'il y a plusieurs gérants, par exemple, chacun assume personnellement ses charges. Cette mesure introduit donc une inégalité.

Enfin, cette hausse des cotisations sociales des commerçants, artisans et professions libérales est infondée, car nous sommes dans une dynamique de redressement.

L'effort de redressement des comptes sociaux a été considérable sous la précédente législature. Je rappelle que de 1997 à 2002 l'ONDAM n'a jamais été respecté, le déficit étant voté à 3 % et exécuté à 5,5 % (M. Jean-Jacques Mirassou s'exclame.), voire plus certaines années ; cette mauvaise gestion a fait perdre 13 milliards d'euros à l'assurance maladie. (M. Jean-Jacques Mirassou s'exclame de nouveau.)

À l'inverse, depuis 2007, l'ONDAM a toujours été respecté strictement,...

M. Jean-Jacques Mirassou. Tu parles !

M. Alain Milon. ... ce qui a représenté plus de 11 milliards d'économies grâce aux réformes structurelles importantes qui ont été menées. Je citerai notamment, pour la branche maladie, la loi HPST,...

M. Jean-Jacques Mirassou. Oh !

M. Alain Milon. ... qui a permis de redresser les comptes de l'hôpital public. Je citerai également, pour la branche vieillesse, la réforme des retraites et des régimes spéciaux, qui a préservé notre système de retraite par répartition sans baisser le montant des pensions ni augmenter les cotisations.

Votre projet de loi compromet l'effort de redressement des comptes sociaux en ne prévoyant qu'une avalanche de taxes supplémentaires. En multipliant les taxes et les cotisations dans une logique purement comptable, il asphyxie les indépendants, qui, par leur travail, permettent de financer la protection sociale.

Nous regrettons que nos arguments, à l'appui de nos amendements, ne vous aient pas convaincus. Nous voterons contre cet article. (Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP. – M. Yves Pozzo di Borgo applaudit également.)

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Caffet, pour explication de vote.

M. Jean-Pierre Caffet. Bien évidemment, nous voterons cet article.

Je souhaite néanmoins revenir, ne serait-ce que quelques minutes, sur les propos tenus par M. Milon.

On peut discuter à l'infini sur le respect de l'ONDAM, qui, si j'ai bien compris vos propos, monsieur Milon, n'aurait pas été systématiquement respecté entre 1997 et 2002. Pourtant, cher monsieur Milon, tout le monde a pu constater qu'entre 1997 et 2002 les comptes de la protection sociale étaient équilibrés... (Applaudissements sur plusieurs travées du groupe socialiste.)

M. Jean-Jacques Mirassou. Voilà !

M. Jean-Pierre Caffet. ... et qu'entre 2002 et 2012 ce ne sont pas moins de 160 milliards d'euros de dette qui ont été accumulés par les gouvernements de droite ! Cette somme se répartit de la manière suivante : 70 milliards d'euros entre 2002 et 2007 et 90 milliards d'euros entre 2007 et 2011. Ces 160 milliards d'euros de dette ont été accumulés par la droite en dix ans, alors que les régimes étaient équilibrés à la fin des années quatre-vingt-dix et en 2000. Voilà la première remarque que je voulais faire.

M. Gilbert Barbier. Et la crise ?

M. Jean-Pierre Caffet. La crise a bon dos, monsieur Barbier ! En effet, entre 2002 et 2007, avant la crise, 70 milliards d'euros de dette ont été accumulés, c'est-à-dire 10 milliards d'euros par an.

M. Jacques Chiron. Voilà la réalité !

M. Jean-Pierre Caffet. À un moment donné, il faut quand même admettre la réalité des chiffres et rendre à César ce qui appartient à César !

Ma seconde remarque concerne l'article 11. Nous allons évidemment le voter, car le régime social des indépendants est profondément déséquilibré et, sans mesures de redressement, son existence est menacée.

Ces mesures de redressement – M. le ministre l'a souligné à deux reprises mais je crois qu'il faut le répéter – ont été acceptées par le conseil d'administration du RSI. C'est donc la preuve que, à tout le moins, la gravité de la situation du RSI a été prise en compte par les responsables de ce régime. Il appartiendra ensuite à ceux qui sont affiliés à ce régime de décider si son conseil d'administration a bien agi ou non. Cela n'est pas de notre ressort. À nous, il revient de prendre les mesures qui permettront de rééquilibrer ce régime.

Je répète encore une fois que les mesures qui sont proposées par le Gouvernement sont des mesures de justice. En quoi est-il juste d'être la seule profession à avoir une cotisation maladie dé plafonnée lorsqu'on perçoit un revenu supérieur à 180 000 euros,...

M. Jean Desessard. Évidemment !

M. Jean-Pierre Caffet. ... montant qui n'est tout de même pas négligeable ? En quoi est-il juste de bénéficier d'un double abattement sur les revenus et sur les frais professionnels ?

M. Jean Desessard. Bien sûr !

M. Gilbert Barbier. Ils ne sont pas exemptés !

M. Jean-Pierre Caffet. Mais enfin, quand quel monde vivons-nous ?

Votre refus de rééquilibrage de ce régime, au-delà de l'irresponsabilité dont il témoigne, est bien la marque de fabrique de la politique que vous avez conduite, pendant dix ans, en matière de gestion des comptes sociaux : une politique profondément inégalitaire ! (Applaudissements sur les travées du groupe socialiste ainsi que sur quelques travées du groupe écologiste.)

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Annie David, présidente de la commission des affaires sociales. Après la vérité des chiffres donnés par notre collègue Jean-Pierre Caffet, j'aimerais à mon tour rétablir un peu les choses, car je trouve dommage de mêler l'ONDAM et l'article 11.

Même si l'ONDAM avait été fixé à 2,5 %, cet article aurait tout de même eu toute sa place, puisque l'ONDAM, c'est l'objectif national des dépenses d'assurance maladie, comme tout le monde le sait, notamment M. Milon. Cela n'a donc rien à voir avec cet article, qui vise à rééquilibrer le régime social des indépendants, lequel, comme vient de le souligner Jean-Pierre Caffet, est un régime à part de la sécurité sociale, déficitaire depuis de nombreuses années.

Vous savez aussi, mes chers collègues, que la contribution sociale de solidarité des sociétés, la C3S – dont nous discuterons à l'article 12 de ce PLFSS – alimente le RSI, contribuant ainsi à l'équilibre de ce régime.

Or, mes chers collègues, l'excédent non affecté au RSI de la C3S est affecté au FSV, le fonds de solidarité vieillesse. Donc, tout ce qui n'ira pas vers le RSI sera orienté vers le fonds de solidarité vieillesse. Ce n'est pas le rapporteur des crédits de la branche vieillesse qui s'en plaindra d'ailleurs.

Les dispositions prévues à l'article 11 permettront de rééquilibrer le RSI, grâce à une contribution des artisans et de toutes les personnes qui cotisent à ce régime, mais c'est aussi une mesure d'équité sociale, comme cela vient d'être dit.

Par ailleurs, cet article permettra de réduire le déficit de la branche vieillesse, ce qui est quand même une démarche positive, qu'il faut saluer.

Donc, je souhaite vraiment que l'on cesse de faire l'amalgame entre l'ONDAM et le RSI, qui sont deux choses distinctes. Cela ne fait qu'introduire du flou dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale qui est déjà suffisamment compliqué sans qu'il soit besoin d'en rajouter. (M. Alain Milon s'exclame.)

Donc, soyons clairs, le RSI c'est véritablement pour le régime des indépendants et cela n'a rien à voir avec l'ONDAM. Je le répète : si l'ONDAM avait été fixé à 2,5 %, cet article aurait tout de même été dans ce PLFSS. (Applaudissements sur les travées du groupe CRC ainsi que sur plusieurs travées du groupe socialiste.)

M. le président. La parole est à M. Philippe Bas, pour explication de vote.

M. Philippe Bas. Je voudrais répondre à notre collègue M. Caffet,...

M. Jean-Jacques Mirassou. Ah !

M. Philippe Bas. ... qui a tout à l'heure jugé utile de nous donner son interprétation de l'évolution des comptes publics sous le gouvernement de Lionel Jospin...

Mme Michelle Meunier. C'était évidemment utile !

M. Philippe Bas. ... et de lui opposer les résultats des comptes sociaux pendant la période récente.

M. Jean-Pierre Caffet. Pas récente : dix ans !

M. Philippe Bas. Cher collègue, vous avez raison sur un point (Ah ! sur plusieurs travées du groupe socialiste.)...

M. Jean-Pierre Caffet. Merci !

M. Philippe Bas. ... et tort sur beaucoup d'autres.

Vous avez raison, entre 1997 et 2002, les comptes sociaux ont été proches de l'équilibre. (Très bien ! sur plusieurs travées du groupe socialiste.) À cette époque de croissance internationale exceptionnelle (Ah ! sur plusieurs travées du groupe socialiste.), les ressources de la sécurité sociale ont augmenté, plusieurs années de suite, d'environ 5 %. Vous en avez d'ailleurs profité pour laisser filer les dépenses au même rythme, si bien que, au moment où la conjoncture s'est retournée, c'est-à-dire non pas en 2002 mais en 2001, les recettes ont cessé d'augmenter, tandis que le rythme des dépenses se maintenait.

C'est ainsi que le relâchement de la discipline en matière de dépenses un jour est la cause principale du déficit le lendemain. Vous portez donc la responsabilité principale (Protestations sur les travées du groupe socialiste.) de l'explosion des déficits en 2002 (Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP. – MM. Michel Mercier et Yves Pozzo di Borgo applaudissent également.),...

M. Jean-Pierre Caffet. Vous l'avez eue pendant dix ans !

M. Philippe Bas. ... que nous nous sommes donné le mal de corriger, d'abord grâce à la réforme courageuse des retraites menée en 2003 et poursuivie en 2010 et grâce aussi à la réforme de l'assurance maladie en 2004. D'ailleurs, vous vous gardez bien de remettre en cause cette dernière, car c'est le cadre que vous appliquez encore pour la définition de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie pour 2013.

Ensuite, dites-vous, les déficits ont explosé sous le gouvernement précédent. Vous semblez méconnaître (M. Michel Vergoz s'exclame.) – sans doute dans un déni de la réalité économique qui vous est familier – qu'à partir de 2008 une crise extrêmement grave s'est développée en Europe et dans le monde, et que les recettes se sont effondrées tandis que les dépenses sociales augmentaient. Car ce que nous appelons, les uns et les autres, des « stabilisateurs économiques » permettent effectivement d'amortir les résultats de la crise et font qu'au moment où les recettes s'effondrent les dépenses, loin de diminuer, continuent à progresser rapidement.

Face à cette situation, je ne crois pas que vous auriez préconisé des mesures d'austérité budgétaires radicales. Il fallait au contraire passer le creux de la crise, mais cela signifie aussi qu'il fallait appliquer une gestion très rigoureuse de manière que chaque euro dépensé le soit réellement au profit de la santé. C'est ce que le gouvernement Fillon, qui a agi jusqu'en 2012, s'est efforcé de faire, avec succès, puisque le rythme de réduction des déficits a été extrêmement soutenu au cours des trois dernières années.

Dès lors, cessons de nous opposer sur des chiffres sur lesquels tout le monde est en fait d'accord, pour développer une interprétation tout simplement objective des réalités. (M. Jean-Pierre Caffet s'exclame.) Aujourd'hui, vous êtes, comme nous l'avons été, confrontés à des difficultés. Nous n'avons pas besoin de nous tourner vers le passé pour vous recommander de faire un effort supplémentaire de maîtrise des dépenses et d'éviter de matraquer les entreprises, en particulier les artisans, au moment où apparaît le risque d'une récession grave. (Bravo ! et applaudissements sur les travées de l'UMP. – M. Michel Mercier applaudit également.)

M. Michel Vergoz. Il faudrait un « véritomètre » dans cette salle !

M. le président. La parole est à M. Alain Richard, pour explication de vote.

M. Alain Richard. Monsieur le président, je n'en abuserai pas. Toutefois, le raisonnement de notre excellent collègue Philippe Bas me paraît quelque peu pécher sur un point.

Il rappelle à juste titre que l'essentiel de la période où la gauche plurielle était au pouvoir, de 1997 à 2002, a correspondu à une phase d'une certaine vitalité de la croissance mondiale, semblant impliquer par là qu'il n'y avait évidemment aucun mérite à profiter de cette croissance.

Il y a un lien entre les deux, mes chers collègues, qui est la compétitivité.

M. Gérard Longuet. Vous l'avez détruite !

M. Alain Richard. Je suis désolé de provoquer les vociférations de mon collègue et ami Gérard Longuet, que j'invite simplement à regarder comment la France, depuis 2002, et dans la période qui a suivi, jusqu'en 2012, s'est située dans le flot de la croissance mondiale. Car, en 2012, la croissance mondiale est toujours là !

M. Jean-Pierre Caffet. C'est vrai !

M. Alain Richard. Monsieur Bas, permettez-moi d'appeler votre attention sur ce point. Quand on dit que la croissance mondiale est ralentie, cela veut dire qu'elle est à 3 % ou 4 %, elle n'est pas nulle.

Durant la période 2002-2012, la croissance mondiale moyenne s'est établie à 5 % par an. Par conséquent, si nous n'avons pas perdu des monceaux de points de compétitivité, nous aurions gardé une croissance en phase avec la croissance mondiale. Ceux qui ont été aux responsabilités entre 2002 et 2012 ont, me semble-t-il, quelque peu oublié cet élément clé de notre situation nationale : si nous n'arrivons pas à demeurer au moins dans la moyenne des pays développés en matière de compétitivité, quels que soient les efforts que nous déployons, nous ne parvenons pas à équilibrer nos comptes.

Mme Isabelle Debré. C'est vrai !

M. Alain Richard. Je rejoins M. Bas sur sa conclusion : il y a aujourd'hui un effort, et je reconnais qu'il y en a eu dans le passé récent, pour rééquilibrer les comptes. Cela étant entendu, il n'est peut-être pas utile de prendre des attitudes exagérément accusatoires quand nous sommes, les uns et les autres, obligés de nous retrousser les manches et de prendre des mesures courageuses. (Applaudissements sur les travées du groupe socialiste. – M. Michel Le Scouarnec applaudit également.)

M. Jean-Pierre Caffet. Très bien !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. M. Caffet a évoqué le déficit de 160 milliards d'euros accumulé sur dix ans. M. Bas nous a expliqué que la crise en était essentiellement responsable. Ce n'est pas vrai, monsieur Bas,...

Mme Isabelle Debré. Les 35 heures !

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. ... et je vais vous le montrer.

Je vous renvoie au tableau qui figure dans le tome I de mon rapport concernant les équilibres financiers généraux et qui fait état de la répartition, en points de PIB, du solde des administrations de sécurité sociale entre solde conjoncturel et solde structurel.

En 2008, donc avant la crise, le solde conjoncturel est de 0,8 point de PIB, le solde structurel est en régression de 0,1 point de PIB ; en 2009 – la crise est là –, le solde conjoncturel est de moins 0,3, le solde structurel de moins 0,5 ; en 2010 – toujours dans un contexte de crise –, le solde conjoncturel est de moins 0,3, le solde structurel de moins 0,9 ; en 2011, moins 0,2 pour le solde conjoncturel, moins 0,4 pour le solde structurel ; en 2012, le solde structurel est encore de moins 0,1 point de PIB.

À l'aune de l'indicateur de solde structurel, c'est bien la gestion du précédent gouvernement qui apparaît comme impardonnable en ce qui concerne le déficit de la sécurité sociale. Ainsi, en 2008, avant l'entrée dans la crise, l'excédent des administrations de sécurité sociale, de 0,7 point de PIB, n'était dû qu'à la composante conjoncturelle, c'est-à-dire à des effets d'aubaine en recettes. Les administrations de sécurité sociale sont donc entrées dans la crise avec un déficit structurel.

Plus impardonnable encore, le déficit structurel s'est creusé jusqu'en 2010, jusqu'à 0,9 point de PIB, comme je viens de l'indiquer, ajoutant à la crise une gestion que l'on peut aujourd'hui qualifier de peu responsable. Ce n'est que depuis 2011, comme je l'ai dit en d'autres lieux, que le déficit structurel tend à se résorber.

En 2009, la composante structurelle représentait 60 % du déficit des administrations de sécurité sociale. Pour 2010, cette part atteignait même 75 %, les trois quarts, et, en 2011, le solde structurel représentait encore les deux tiers du déficit des administrations de sécurité sociale.

Vous ne pouvez pas aujourd'hui faire porter à la crise la responsabilité du déficit de la sécurité sociale. Certes, la crise y a ajouté, mais c'est bien votre gestion qui est responsable de l'essentiel de la crise de notre système de protection sociale. (Bravo ! et applaudissements sur les travées du groupe socialiste. – M. Michel Le Scouarnec applaudit également.)

M. le président. La parole est à M. Christophe Béchu, pour explication de vote.

M. Christophe Béchu. Je vais m'efforcer de suivre les conseils de nos collègues qui souhaitent que ce débat ne donne pas lieu à des excès passionnés, où les propos des uns et des autres finiraient par mettre à mal l'image de notre assemblée, empreinte de sagesse, guidée par la pensée et la rationalité.

Nous pourrions, au titre de l'archéologie politique,...

M. Jean-Jacques Mirassou. Cela commence bien !

M. Christophe Béchu. ... examiner la période 1997-2002.

M. Jean-Pierre Caffet. Ce n'est pas nous qui avons commencé !

M. Christophe Béchu. Mon cher collègue, vous n'avez pas été le dernier à allumer la mèche pour enflammer ce débat !

M. Jean-Pierre Caffet. Mais non, j'ai essayé de l'éteindre !

M. Christophe Béchu. J'ai eu la patience de vous écouter avec respect ; je ne doute pas que vous serez capable d'en faire autant à mon endroit.

M. Jean-Pierre Caffet. Absolument.

M. Christophe Béchu. Je disais donc que nous pourrions faire de l'archéologie politique pour voir quelles ont été les évolutions conjoncturelles et structurelles pendant la période 1997-2002. Mais nous pouvons aussi nous livrer à un autre exercice et nous demander si, quand vous étiez dans l'opposition, vous avez, oui ou non, multiplié les propositions pour améliorer les comptes de la sécurité sociale au regard de la situation de l'époque.

Avez-vous proposé des mesures en termes de réduction des dépenses qui soient à la hauteur de celles qui ont été engagées par le gouvernement ?

Plusieurs sénateurs du groupe socialiste. Oui !

M. Christophe Béchu. Avez-vous participé au rétablissement de l'équilibre des comptes sociaux ? Je pense à la réforme des retraites, que vous avez, au final, benoîtement reprise voilà quelques semaines après un ajustement somme toute mineur, en vous distinguant en Europe comme l'un des seuls blocs de gauche à ne pas avoir participé à un vote pour faire en sorte de parvenir à un équilibre avant tout lié à des évolutions démographiques.

Aussi, donner des leçons quand on a fait de l'opposition systématique dans le passé et qu'on n'a découvert qu'au lendemain des élections, après avoir multiplié les promesses, la réalité de la compétitivité ne me semble

pas être la meilleure façon d'apaiser nos débats ! (Applaudissements sur les travées de l'UMP. – M. Michel Vergoz s'exclame.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 11, modifié.

(L'article 11 est adopté.)

B. Commission mixte paritaire : désaccord

1. Rapport n°421 (AN) / n°137 (Sénat) au nom de la CMP chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, par MM. Bapt et Daudigny

M. Yves Daudigny, sénateur, rapporteur pour le Sénat. (...) Avec l'avis favorable de la commission, le Sénat a adopté : à l'article 11, un amendement du Gouvernement permettant aux pédicures et podologues de demander leur affiliation au régime social des indépendants (RSI) (...)

M. Gérard Bapt, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale. De même, à l'article 11, il serait souhaitable de rouvrir aux pédicures-podologues relevant du régime maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés le droit de demander leur affiliation au RSI, qui leur avait été ouvert jusqu'au 31 mars dernier. Il s'agit de tenir compte des incompréhensions ou difficultés que ces professionnels ont rencontrées dans l'exercice de ce droit d'option.

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Amendements examinés en commission

1 - Amendements adoptés

- Amendement AS 127

Présenté par M. BAPT

Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé:

« III.- Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale, la demande prévue à cet alinéa est ouverte aux pédicures-podologues affiliés au régime mentionné à l'article L. 722-1 du même code à la date de promulgation de la présente loi. À cette fin, ils doivent adresser un courrier faisant état de leur choix à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du régime général dont ils dépendent et au

Régime social des indépendants au plus tard le 30 avril 2013. L'affiliation au Régime social des indépendants prend effet à compter du 1er janvier 2013. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à rouvrir aux pédicures-podologues relevant du régime maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés le droit de demander leur affiliation au Régime social des indépendants (RSI), droit que le XXIX de l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 leur avait ouvert jusqu'au 31 mars 2012.

Conformément aux intentions clairement exprimées par le Gouvernement lors de la discussion du présent projet de loi de financement en séance publique au Sénat, l'objectif est de tenir compte des incompréhensions ou difficultés que ces professionnels ont pu rencontrer dans l'exercice de ce droit d'option.

2 - Amendements rejetés

- Amendement AS 90

Présenté par Mme Bérengère l'OLETTI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELA TTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENNEC, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard l'ERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE,

Députés.

ARTICLE 11

Supprimer cet article.

Exposé sommaire:

Cet article prévoit que les commerçants, artisans et professions libérales vont subir une hausse de 1,3Md€ de cotisations sociales ce qui équivaut à une baisse de pouvoir d'achat. Une fois de plus, ce Gouvernement préfère augmenter les impôts pour tous les français plutôt que de baisser les dépenses publiques improductives.

L'effort de redressement des comptes sociaux a été considérable depuis quelques années. Alors que 1997 à 2002, les Objectifs de croissance de l'Assurance Maladie (ONDAM) étaient votés à 3% et exécutés à 5,5% voire plus certaines années car non maîtrisés - ce qui a fait perdre 13 Milliards d'euros à l'Assurance Maladie - depuis 2007, l'ONDAM est voté en dessous de 3% et il est respecté strictement, ce qui a représenté plus de 11 Milliards d'économie. Pour cela des réformes structurelles importantes ont été menées qui ont notamment permis de redresser les comptes de l'hôpital public pour ce qui concerne la branche maladie, ou bien, grâce à la courageuse réforme des retraites et des régimes spéciaux de sauvegarder notre système de retraite par répartition sans baisser le montant des pensions ni augmenter les cotisations, pour ce qui concerne la branche vieillesse.

Ce PLFSS vient ralentir l'effort de redressement des comptes sociaux tout en ne proposant qu'une avalanche de taxes supplémentaires.

- Amendement AS 91

Présenté par Mme Bérengère POLETTI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENNEC, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

ARTICLE 11

Supprimer l'alinéa 7.

Exposé des motifs:

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt:

-il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés:

-La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

-la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

b. Rapport n°430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Lévy

Le présent article vise à rapprocher du régime général, du point de vue des prélèvements sociaux, le régime des travailleurs non salariés non agricoles, mais à mieux répartir la charge entre les ressortissants de ce régime (par le déplaçonnement de la cotisation d'assurance maladie-maternité et la réduction de la cotisation minimale) et à mettre fin aux anomalies existant dans la prise en compte des frais professionnels et des dividendes dans l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants exerçant en société.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant cinq amendements :

– un amendement présenté par le Gouvernement, tendant à exclure de la compensation par l'État la nouvelle réduction minimale de cotisations sociales ;

– quatre amendements rédactionnels présentés par votre commission des affaires sociales.

*

Les amendements AS 31 à AS 33 de M. Dominique Tian ne sont pas défendus.

La Commission est saisie de l'amendement de suppression AS 90 de Mme Bérengère Poletti.

M. Denis Jacquat. Nous avons déjà défendu cet amendement en première lecture. Les commerçants, artisans et professions libérales nous ont littéralement assaillis de SMS et de mels pour dire leur inquiétude devant la hausse des cotisations sociales prévue par l'article 11, dont nous demandons la suppression.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 90.

Puis elle est saisie de l'amendement AS 91 de Mme Bérengère Poletti.

M. Denis Jacquat. Nos arguments sont les mêmes qu'en première lecture. D'une manière générale, nous avons représenté les mêmes amendements que le mois dernier. Vous le voyez, nous sommes constants !

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 91.

Elle examine ensuite l'amendement AS 127 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cette disposition, qui a été adoptée par le Sénat, vise à rouvrir aux pédicures-podologues relevant du régime maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés le droit de demander leur affiliation au Régime social des indépendants (RSI).

La Commission adopte l'amendement AS 127.

Puis elle adopte l'article 11 modifié.

c. Amendements examinés par l'AN en deuxième lecture

1 - Amendement adopté

- Amendement n°260 déposé par le Gouvernement le 23 novembre 2012

Compléter l'article 11 par l'alinéa suivant :

« III. – Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 722 1 1 du code de la sécurité sociale, la demande prévue à cet alinéa est ouverte aux pédicures-podologues affiliés au régime mentionné à l'article L. 722 1 du même code à la date de publication de la présente loi. À cette fin, ils doivent adresser un courrier faisant état de leur choix à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du régime général dont ils dépendent et au régime social des indépendants au plus tard le 30 avril 2013. L'affiliation au régime social des indépendants prend effet à compter du 1er janvier 2013. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement offre de nouveau la possibilité aux pédicures-podologues relevant du régime maladie des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés de demander leur affiliation au RSI, en vue d'être affiliés à ce régime, qui leur était précédemment ouvert jusqu'au 31 mars 2012 par le XXIX de l'article 37 de la LFSS pour 2012. Il est ainsi tenu compte des incompréhensions ou difficultés que ces professionnels ont pu rencontrer dans l'exercice de ce droit d'option.

2 - Amendements rejetés

- Amendement n°111 déposé par M. Tian, M. Hetzel, Mme Le Callennec, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel

Supprimer l'alinéa 6.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La très grande majorité des entreprises françaises du secteur marchand non agricole, en particulier les établissements de moins de 200 salariés qui représentent une part écrasante des établissements (1 580 000 sur 1 586 000 selon la dernière statistique UNEDIC-Pôle emploi disponible) sont dirigées par des chefs d'entreprise non-salariés, les travailleurs indépendants.

Ce sont ces entreprises qui ont créé 3 355 000 emplois nets entre le 1er Janvier 1981 et le 31 Décembre 2010.

Le rôle de ces dirigeants indépendants est donc capital dans la création d'emploi, surtout en ce moment.

Il s'avère que, naturellement, du fait de la « confusion » partielle ou totale entre leur patrimoine personnel et le patrimoine de l'entreprise, tout accroissement important des prélèvements, qu'ils aient un caractère de cotisations sociales ou un caractère fiscal, influe sur les choix que ces dirigeants font concernant le devenir de leur entreprise, s'agissant notamment de son développement et de l'embauche de nouveaux salariés.

Or, la disposition prévue au « B » du « II » de l'article 11, qui réintègre les dividendes versés dépassant 10 % des capitaux propres dans l'assiette des cotisations sociales, en créant un surcroît de prélèvements à hauteur de 75 Millions d'euros, risque précisément de nuire au développement de ces entreprises, notamment en matière d'emploi, et même de remettre en cause l'existence de certaines d'entre elles.

C'est la raison pour laquelle, cet amendement vise à supprimer cette disposition.

- Amendement n° 110 déposé par M. Tian, M. Hetzel, Mme Le Callennec, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article procède à l'aggravation des prélèvements sociaux des travailleurs indépendants (déplafonnement des cotisations maladie, fin de l'abattement pour frais professionnels, soit un rendement de 1,1 milliard d'euros).

A l'heure où l'économie française traverse une période particulièrement difficile et où il importe de ne pas décourager l'initiative des chefs d'entreprise essentielle pour entretenir la croissance de l'activité de notre pays, cette hausse de prélèvements ciblée sur cette population, exposée aux aléas de la conjoncture, est particulièrement malvenue. Fragiliser les indépendants à l'heure où ils seront en première ligne de la crise est contraire à la volonté d'équité affichée par le gouvernement.

- Amendement n° 169 déposé par M. Door, et autres.

M. Jacquat, Mme Poletti, M. Accoyer, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparu, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Baroin, M. Bertrand, M. Blanc, M. Bouchet, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollier, M. Chrétien, M. Christ, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentille, M. Courtial, M. Couve, M. Darmanin, M. Daubresse, M. de Ganay, M. de La Verpillière, M. de Mazières, M. de Rocca Serra, M. Debré, M. Deflesselles, M. Degauchy, M. Delatte, M. Dhuicq, Mme Dion, M. Dord, M. Douillet, Mme Duby-Muller, M. Estrosi, M. Fenech, M. Fillon, Mme Fort, M. Francina, M. Furst, M. Gandolfi-Scheit, M. Gaymard, M. Guy Geoffroy, M. Gérard, M. Gest, M. Gibbes, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Philippe Gosselin, M. Goujon, Mme Greff, Mme Grommerch, Mme Grosskost, M. Grouard, M. Guaino, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Heinrich, M. Herbillon, M. Herth, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Jacob, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, M. Larrivé, M. Le Fur, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Le Ray, M. Leboeuf, M. Lellouche, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, M. Luca, M. Lurton, M. Mancel, M. Marc, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Olivier Marleix, M. Alain Marleix, M. Marlin, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Myard, M. Nicolin, M. Ollier, Mme Pecresse, M. Pélissard, M. Philippe, M. Piron, M. Poisson, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss, M. Reitzer, M. Riestler, M. Robinet, Mme Rohfritsch, M. Salen, M. Scellier, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Sordi, M. Sturni, Mme Tabarot, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Teissier, M. Terrot, M. Tetart, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Vialatte, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth et Mme Zimmermann

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article prévoit que les commerçants, artisans et professions libérales vont subir une hausse de 1,3Md€ de cotisations sociales ce qui équivaut à une baisse de pouvoir d'achat. Une fois de plus, ce Gouvernement préfère augmenter les impôts pour tous les français plutôt que de baisser les dépenses publiques improductives.

L'effort de redressement des comptes sociaux a été considérable depuis quelques années. Alors que 1997 à 2002, les Objectifs de croissance de l'Assurance Maladie (ONDAM) étaient votés à 3 % et exécutés à 5,5 % voire plus certaines années car non maîtrisés – ce qui a fait perdre 13 Milliards d'euros à l'Assurance Maladie - depuis 2007, l'ONDAM est voté en dessous de 3 % et il est respecté strictement, ce qui a représenté plus de 11 Milliards d'économie. Pour cela des réformes structurelles importantes ont été menées qui ont notamment permis de redresser les comptes de l'hôpital public pour ce qui concerne la branche maladie, ou bien, grâce à la courageuse réforme des retraites et des régimes spéciaux de sauvegarder notre système de retraite par répartition sans baisser le montant des pensions ni augmenter les cotisations, pour ce qui concerne la branche vieillesse.

Ce PLFSS vient ralentir l'effort de redressement des comptes sociaux tout en ne proposant qu'une avalanche de taxes supplémentaires.

- Amendement n° 112 déposé par M. Tian, Mme Le Callennec, M. Verchère et M. Vitel

Supprimer l'alinéa 7.

EXPOSÉ SOMMAIRE

En septembre 2012, le nombre de créations d'auto-entreprises a bondi de 12,4 % par rapport au mois d'août selon l'Insee. Au total, ce sont 26.597 entreprises nouvelles qui ont vu le jour le mois dernier. Cet engouement pour l'entrepreneuriat est manifestement stimulé par ce régime.

Toujours selon l'Insee, la baisse du nombre de créations hors auto-entrepreneurs (-3 %, en données corrigées des variations saisonnières et du nombre de jours ouvrables) est compensée par la hausse du nombre de demandes de création d'auto-entreprises. Depuis 2009, entre 40.000 et 50.000 auto-entreprises sont créées chaque mois.

Or, ce projet de loi prévoit un relèvement des cotisations sociales des auto-entrepreneurs de l'ordre de 15 %, ce qui va modifier ce régime en profondeur. Les auto-entrepreneurs apparaissent comme une variable d'ajustement budgétaire sans que cela leur apporte une protection sociale supplémentaire. Cette mesure, prise sans concertation, est vécue comme une injustice sociale car la protection sociale de ce régime est bénéficiaire. Elle est par ailleurs discriminatoire puisqu'elle n'est pas appliquée aux autres régimes, contraignant davantage la liberté d'entreprendre dans notre pays.

C'est la raison pour laquelle, cet amendement vise à supprimer cette disposition.

- Amendement n° 170 déposé par M. Door, et autres.

M. Jacquat, Mme Poletti, M. Abad, M. Accoyer, M. Albarello, Mme Ameline, M. Appar, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Jean-Pierre Barbier, M. Baroin, M. Bénisti, M. Bertrand, M. Blanc, M. Bonnot, M. Bouchet, Mme Boyer, M. Breton, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollier, M. Chrétien, M. Christ, M. Cinieri, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentille, M. Courtial, M. Couve, M. Darmanin, M. Dassault, M. Daubresse, M. de Ganay, Mme de La Raudière, M. de La Verpillière, M. de Mazières, M. de Rocca Serra, M. Debré, M. Decool, M. Deflesselles, M. Degauchy, M. Delatte, M. Dhuicq, Mme Dion, M. Dord, M. Douillet, Mme Marianne Dubois, Mme DUBY-MULLER, M. Estrosi, M. Fasquelle, M. Fenech, M. Fillon, Mme Fort, M. Foulon, M. Francina, M. Fromion, M. Furst, M. Gandolfi-Scheit, M. Gaymard, Mme Genevard, M. Guy Geoffroy, M. Gérard, M. Gest, M. Gibbes, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Gorges, M. Philippe Gosselin, M. Goujon, Mme Greff, Mme Grommerch, Mme Grosskost, M. Grouard, M. Guaino, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Heinrich, M. Herbillon, M. Herth, M. Hetzel, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Jacob, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, M. Larrivé, M. Lazaro, M. Le Fur, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Le Ray, M. Leboeuf, M. Lellouche, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, Mme Louwagie, M. Luca, M. Lurton, M. Mancel, M. Marc, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Alain Marleix, M. Olivier Marleix, M. Marlin, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Mathis, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Morel-A-L'Huissier, M. Moudenc, M. Moyne-Bressand, M. Myard, Mme Nachury, M. Nicolin, M. Ollier, Mme Pecresse, M. Pélissard, M. Perrut, M. Philippe, M. Piron, M. Poisson, M. Poniowski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss, M. Reitzer, M. Reynès, M. Riestler, M. Robinet, Mme Rohfritsch, M. Saddier, M. Salen, M. Scellier, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Solère, M. Sordi, M. Straumann, M. Sturni, M. Suguenot, Mme Tabarot, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Teissier, M. Terrot, M. Tetart, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Vialatte, M. Jean-Pierre Vigier, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth et Mme Zimmermann

Supprimer l'alinéa 7.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'essence du régime de l'auto-entrepreneur est sa simplicité de constitution et de gestion. Le prélèvement fiscal et social libérateur est ainsi calculé à partir d'un taux forfaitaire sur le chiffre d'affaires effectivement réalisé.

Cette simplicité est la clé du succès de l'auto-entrepreneur. Depuis le 1er janvier 2009, plus d'un million de personnes ont ainsi choisi de créer leur entreprise sous cette forme.

Le régime de l'auto-entrepreneur a un double intérêt :

- il permet aux entrepreneurs de développer leur projet sans risque. En cas de succès, si ces auto-entreprises se développent, elles peuvent dépasser les plafonds de chiffre d'affaires et s'intégrer plus facilement dans le droit commun.

- Il permet à de nombreuses personnes (retraités, étudiants...) de bénéficier d'un revenu complémentaire.

Pour apporter plus d'équité entre les travailleurs indépendants, notamment les artisans, des ajustements ont été apportés :

- La loi de financement de sécurité sociale pour 2011 impose à tous les auto-entrepreneurs de remplir une déclaration trimestrielle de chiffre d'affaires, même si ce dernier est nul (jusqu'à présent la déclaration annuelle de chiffre d'affaire s'imposait aux seuls auto-entrepreneurs qui réalisaient un chiffre d'affaires)

- la loi de finances pour 2011 assujettit les auto-entrepreneurs au financement de la formation professionnelle, comme les autres travailleurs indépendants, à compter de 2011. Cette contribution sera calculée en pourcentage du chiffre d'affaires.

- la loi de financement de sécurité sociale pour 2011 limite le bénéficiaire du régime à 2 ans dans le temps pour l'auto-entrepreneur qui ne déclare aucun chiffre d'affaires.

En alignant les cotisations des auto-entrepreneurs sur le droit commun, le Gouvernement tue le régime de l'auto-entrepreneur.

- Amendement n° 80 déposé par Mme Louwagie, et autres.

Mme Marianne Dubois, M. Abad, M. Jean-Pierre Barbier, M. Cinieri, Mme Dalloz, M. Decool, M. Fasquelle, M. Foulon, M. Fromion, Mme Genevard, M. Gorges, M. Lazaro, M. Mathis, M. Moudenc, M. Perrut, M. Bonnot, M. Reynès, M. Saddier, M. Straumann, M. Suguenot, Mme de La Raudière, M. Dassault, Mme Nachury, M. Poniatowski, M. Bénisti, M. Solère, M. Breton, M. Moyne-Bressand, M. Morel-A-L'Huissier et M. Jean-Pierre Vigier

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article prévoit une hausse des cotisations sociales pour les travailleurs indépendants de l'ordre de 1,3 milliards d'euros.

Ce dispositif apparaît tout à fait contreproductif et décourageant pour ces professions. Outre le contexte économique défavorable qui est le nôtre, il est souhaitable d'améliorer la compétitivité de nos entreprises et de donner la possibilité aux travailleurs indépendants d'améliorer leurs investissements, donc leur productivité, et également de manière induite l'emploi.

d. Compte-rendu des débats AN – 1ère séance du lundi 26 novembre 2012

M. le président. La parole est à Mme Véronique Louwagie, pour soutenir l'amendement n° 80.

Mme Véronique Louwagie. Cet amendement vise à supprimer l'article 11, qui prévoit une hausse très importante des cotisations sociales des travailleurs indépendants. Il s'agit d'une application du déplafonnement de la cotisation maladie, qui était jusqu'alors calculée sous un plafond de cinq fois celui de la Sécurité sociale. Ce qui est proposé, c'est un déplafonnement complet. Je voudrais relever que le Sénat avait pris en compte une difficulté, puisqu'il avait prévu un plafond de huit fois celui de la Sécurité sociale, ce qui était sage.

L'article 11 prévoit également la suppression de l'abattement de 10 % pour le calcul des cotisations sociales des gérants majoritaires, abattement qui existe sur la rémunération de la gérance. Vous demandez la suppression de cet abattement : c'est une augmentation de 10 % des cotisations sociales pour tous les gérants majoritaires.

En application d'un nouveau dispositif, des cotisations seront calculées sur les dividendes qui seront versés par les sociétés soumises à l'IS dirigées par un travailleur non salarié au-delà de 10 % du capital social, à l'image de ce qui est fait dans les SARL. Là encore, ce dispositif ne nous paraît pas cohérent, dans la mesure où il

importe de distinguer les revenus du travail – qui certes doivent être soumis à cotisations sociales – des revenus du capital. Ce sont 850 000 travailleurs non salariés qui vont être pénalisés par ce dispositif ; or, on sait que les entreprises où il y a des travailleurs salariés sont des PME, des TPE : ce sont ces entreprises qui embauchent et, en accroissant leurs charges de 1,3 milliard d'euros, on diminue leur capacité d'investissement, leur capacité d'innovation et on perd des emplois. C'est un dispositif décourageant, c'est pourquoi mon amendement est de suppression.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 110 qui est également de suppression.

M. Dominique Tian. Ma collègue a dit l'essentiel. Dans la discussion générale, j'étais intervenu contre cet article qui me paraît extrêmement dangereux et qui cible uniquement des chefs de très petites entreprises et de PME. C'est une offensive contre les gérants majoritaires de SARL et d'EARL. Il doit rapporter entre 1,3 et 1,5 milliard d'euros, mais on s'en prend vraiment aux mauvaises personnes quand on sait que notre tissu industriel de PME est extrêmement faible si on le compare à celui de l'Allemagne : les Français hésitent beaucoup à créer des entreprises et des petites entreprises. Cet article paraît extrêmement néfaste.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 169.

M. Jean-Pierre Door. Il est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission a repoussé ces amendements en rappelant que le déplafonnement des travailleurs indépendants ne concernera que 3 % de cette catégorie professionnelle, ceux qui ont plus de 180 000 euros de revenu annuel, tandis que 400 000 artisans seront concernés par une diminution de la cotisation minimale.

Nous avons repoussé ces amendements, bien que l'un d'entre eux ait particulièrement retenu notre attention : l'amendement 169, qui a pour premier signataire M. Door, réunit parmi ses signataires M. Copé et M. Fillon...
(*Sourires.*)

Mme Véronique Louwagie. C'est mesquin !

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable. Ces amendements visent à supprimer l'article 11 qui est un article de justice, comme l'a clairement dit le rapporteur général. Il s'agit de déplafonner la cotisation d'assurance maladie pour les revenus supérieurs à 180 000 euros par an, en échange de quoi cela permettra à près de 500 000 artisans modestes, qui ont un revenu de moins de 14 500 euros par an, de bénéficier d'une réduction de leur prélèvement.

En proposant de supprimer cet article, vous proposez, mesdames et messieurs de l'opposition, de supprimer ce mécanisme de redistribution et de justice dont je dois rappeler qu'il a reçu un avis favorable du régime des indépendants, ce qui montre bien que la préoccupation de justice est ce qui doit l'emporter.

(*Les amendements identiques n^{os} 80, 110 et 169 ne sont pas adoptés.*)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 111.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

(*L'amendement n° 111, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 112 et 170.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 112.

M. Dominique Tian. Cet amendement concerne les auto-entrepreneurs. Leur création est l'une des réussites du précédent gouvernement puisqu'elle a permis de lutter contre le travail au noir et la sous-déclaration. Le régime des auto-entrepreneurs a connu un immense succès, d'où l'importance pour nous d'en maintenir le statut même si les députés du groupe UMP admettent que des améliorations législatives sont souhaitables.

La suppression de l'alinéa 7 de l'article 11 permettrait de ne pas trop toucher à ce statut. Le PLFSS va en effet beaucoup trop loin et risque de supprimer une certaine liberté que les Français ont appréciée si l'on en juge par l'indéniable succès de ce dispositif.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 170.

M. Jean-Pierre Door. Je compléterai les propos de M. Tian en rappelant que le statut en question est tout à fait simple de constitution et de gestion, si bien que près d'un million d'auto-entrepreneurs sont installés en France. Il s'agit souvent d'anciens chômeurs en fin de droits, de retraités, de gens qui évitaient de sortir du travail au noir pour se conformer à un statut. Or en alignant les cotisations de l'auto-entrepreneur sur le droit commun, on risque de tuer ce dispositif.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur ces amendements identiques ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Défavorable, d'autant plus que de nombreux artisans, notamment du bâtiment, protestent contre la concurrence déloyale. Au reste, nous ne touchons pas au statut d'auto-entrepreneur.

Mme Véronique Louwagie. Dans ce cas, il faut supprimer l'alinéa 7.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il n'est pas normal que des cadres ou des fonctionnaires développent une activité d'auto-entrepreneur sans participer au financement de la protection sociale.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces deux amendements ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 112 et 170 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 260 du Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement concerne les pédicures-podologues qui, en vertu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, pouvaient, jusqu'au 31 mars 2012, s'affilier au régime des indépendants au titre de l'assurance maladie. Cette simplification, jugée utile par l'ensemble des professionnels de santé, a donc été votée.

Néanmoins, le délai fixé est apparu insuffisamment long puisqu'il n'a pas permis à tous les professionnels qui le souhaitaient d'opter pour le régime social des indépendants, le RSI. Le fait que seulement 25 % des professionnels environ aient opté pour ce régime tient sans doute au caractère restreint de la période retenue mais aussi à une mauvaise compréhension de l'impact de cette mesure sur le montant de la cotisation maladie.

Les organisations professionnelles des pédicures-podologues ont demandé que l'option soit renouvelée. Aussi cet amendement vise-t-il à rouvrir ce droit d'option jusqu'au 30 avril 2013.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Avis d'autant plus favorable que cet amendement, avec l'accord du Gouvernement, a été adopté par le Sénat puis repris par la commission des affaires sociales de l'Assemblée. Mais il a subi la règle dite de « l'entonnoir » à cause de laquelle il n'a pas pu arriver en séance. Il a donc été repris par le Gouvernement. Il serait du reste utile, monsieur le président, que nous bénéficions d'une explication quand s'applique la règle de l'entonnoir dans un cas comme celui-ci. En tout cas, j'y insiste, la commission émet un avis très favorable sur cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. À entendre Mme la ministre, les pédicures-podologues n'avaient pas compris le dispositif et n'ont donc pas exercé leur droit d'option. Le RSI a-t-il compris, pour sa part ? En effet, la gestion de ce régime n'est pas la plus fine que nous connaissions : depuis quatre ou cinq ans, tous les parlementaires, les commerçants, s'étranglent de rage face à ses dysfonctionnements très graves. Il me semble donc qu'avant d'attaquer les podologues, madame la ministre, il faudrait que le RSI se montre capable de convaincre, ce qui semble de plus en plus difficile.

Nous dénonçons, je le répète, le dysfonctionnement gravissime du RSI. Nous ne croyons pas vraiment que les podologues auraient du mal à comprendre le dispositif : s'ils n'ont pas exercé leur droit d'option, c'est pour une bonne raison.

(L'amendement n° 260 est adopté.)

(L'article 11, amendé, est adopté.)

e. Texte adopté par l'AN

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – L'article L. 131-6 est ainsi modifié :

1° La première phrase du deuxième alinéa est ainsi modifiée :

a) La seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par le signe : « , » ;

b) Sont ajoutés les mots : « et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues aux deuxième et dernier alinéas du 3° de l'article 83 du même code » ;

2° Le début de la première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigé : « Est également... (le reste sans changement). » ;

B. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-6-8 est complétée par les mots : « de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants » ;

C. – Après le mot : « par », la fin de la seconde phrase de l'article L. 612-3 est ainsi rédigée : « décret. » ;

D. – L'article L. 612-4 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Leur taux est fixé par décret.

« Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Pour les cotisations dues au titre de la première et de la deuxième année d'activité, le montant mentionné au deuxième alinéa peut faire l'objet d'une réduction. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par un décret, qui peut prévoir que les deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables, sous certaines conditions, aux cotisations dues par les personnes mentionnées aux articles L. 613-4 et L. 613-7 du présent code et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. » ;

E. – Il est rétabli un article L. 612-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 612-5. – Les cotisations prévues à l'article L. 612-4 à la charge des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret font l'objet d'une réduction.

« Lorsque le revenu d'activité est négatif ou nul, la réduction est maximale et est égale au produit du taux mentionné au premier alinéa du même article L. 612-4 et d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3. Lorsque le revenu d'activité est positif, la réduction décroît linéairement et devient nulle lorsque ce revenu est égal ou supérieur au seuil mentionné au premier alinéa du présent article.

« La réduction prévue au présent article ne s'applique qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 612-4 et dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à un montant fixé par décret.

« Le bénéfice de la réduction prévue au présent article ne peut être cumulé avec celui de tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable aux cotisations prévues au même article L. 612-4.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. » ;

E bis . – Au second alinéa de l'article L. 612-9, les mots : « au dernier » sont remplacés par les mots : « à l'avant-dernier » ;

F. – Le premier alinéa de l'article L. 612-13 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

« Ces cotisations supplémentaires ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré. » ;

G. – La seconde phrase de l'article L. 722-4 est supprimée ;

H. – À l'article L. 756-3, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité » ;

I. – À l'article L. 756-4, le mot : « articles » est remplacé par les mots : « dispositions de l'article » et les mots : « employeurs et » sont supprimés ;

J. – Au deuxième alinéa de l'article L. 756-5, la référence : « du dernier alinéa de l'article L. 131-6 » est remplacée par la référence : « de l'article L. 131-6-2 ».

I bis. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la réduction prévue à l'article L. 612-5 du même code.

II. – Le présent article s'applique aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2013, sous réserve des dispositions suivantes :

1° De manière transitoire, le montant des cotisations provisionnelles mentionnées à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014 par les travailleurs indépendants relevant de l'article 62 du code général des impôts est égal au montant des cotisations provisionnelles calculé pour ces

mêmes années en application des règles antérieures à l'entrée en vigueur du présent article. Les revenus d'activité, tels que définis à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pris en compte pour ce calcul sont majorés de 11 %. Cette majoration ne peut être supérieure à la limite de réduction prévue au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts ;

2° De manière transitoire, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts, lorsque ces revenus sont perçus en 2013 et en 2014, qui est retenue pour la détermination du revenu d'activité non salarié en application du troisième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pour les personnes nouvellement soumises aux dispositions de cet alinéa en application du 2° du A du I du présent article, est prise en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014. Ces revenus font l'objet d'une déclaration obligatoire, selon les modalités prévues au quatrième alinéa du même article L. 131-6-2, dans un délai de trente jours à compter de leur perception.

III (nouveau). – Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale, la demande prévue à ce même alinéa est ouverte aux pédicures-podologues affiliés au régime mentionné à l'article L. 722-1 du même code à la date de publication de la présente loi. À cette fin, ils doivent adresser un courrier faisant état de leur choix à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du régime général dont ils dépendent et au régime social des indépendants au plus tard le 30 avril 2013. L'affiliation au régime social des indépendants prend effet à compter du 1er janvier 2013.

2. Sénat

a. Rapport n°164 déposé le 27 novembre 2012 par M. DAUDIGNY

III. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2013 (TROISIÈME PARTIE)

Sur la troisième partie, l'Assemblée nationale n'a modifié qu'à la marge son texte de première lecture. Elle a repris un nombre limité d'amendements adoptés au Sénat avant le rejet de la troisième partie puis de la totalité du projet de loi.

L'article 11 relève les prélèvements sociaux à la charge des travailleurs non salariés non agricoles. Sur cet article, l'Assemblée nationale a adopté en nouvelle lecture un amendement du Gouvernement permettant aux pédicures et podologues de demander leur affiliation au régime du RSI. Cet amendement du Gouvernement avait déjà été adopté au Sénat en première lecture avant le rejet de la troisième partie, puis de l'ensemble du texte.

b. Compte-rendu des débats Sénat – Séance du 29 novembre 2012

Amendements identiques nos 17 de M. Alain Milon et 66 de Mme Chantal Jouanno. – Mme Catherine Procaccia, MM. Jean-Marie Vanlerenberghe, Yves Daudigny, rapporteur général ; Mme Marisol Touraine, ministre. – Rejet des deux amendements.

Amendement n° 18 de M. Alain Milon. – M. René-Paul Savary.

Amendement n° 67 de Mme Muguette Dini. – M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Yves Daudigny, rapporteur général ; Mme Marisol Touraine, ministre. – Rejet des amendements nos 18 et 67.

Amendement n° 40 de M. Gilbert Barbier. – MM. Gilbert Barbier, Yves Daudigny, rapporteur général ; Mme Marisol Touraine, ministre ; M. Nicolas Alfonsi. – Rejet.

Adoption de l'article.

c. Texte adopté par le Sénat (Aucun)

D. Texte adopté

(AN NL) Article 11

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – L'article L. 131-6 est ainsi modifié :

1° La première phrase du deuxième alinéa est ainsi modifiée :

a) La seconde occurrence du mot : « et » est remplacée par le signe : « , » ;

b) Sont ajoutés les mots : « et des déductions à effectuer du chef des frais professionnels et des frais, droits et intérêts d'emprunt prévues aux deuxième et dernier alinéas du 3° de l'article 83 du même code » ;

2° Le début de la première phrase du troisième alinéa est ainsi rédigé : « Est également... (le reste sans changement). » ;

B. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-6-8 est complétée par les mots : « de manière à garantir un niveau équivalent entre le taux effectif des cotisations et contributions sociales versées et celui applicable aux mêmes titres aux revenus des travailleurs indépendants » ;

C. – Après le mot : « par », la fin de la seconde phrase de l'article L. 612-3 est ainsi rédigée : « décret. » ;

D. – L'article L. 612-4 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les cotisations sont calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2. Leur taux est fixé par décret.

« Ces cotisations ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Pour les cotisations dues au titre de la première et de la deuxième année d'activité, le montant mentionné au deuxième alinéa peut faire l'objet d'une réduction. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par un décret, qui peut prévoir que les deuxième et troisième alinéas ne sont pas applicables, sous certaines conditions, aux cotisations dues par les personnes mentionnées aux articles L. 613-4 et L. 613-7 du présent code et à l'article L. 262-2 du code de l'action sociale et des familles. » ;

E. – Il est rétabli un article L. 612-5 ainsi rédigé :

« Art. L. 612-5. – Les cotisations prévues à l'article L. 612-4 à la charge des travailleurs indépendants dont les revenus d'activité sont inférieurs à un seuil fixé par décret font l'objet d'une réduction.

« Lorsque le revenu d'activité est négatif ou nul, la réduction est maximale et est égale au produit du taux mentionné au premier alinéa du même article L. 612-4 et d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond de la sécurité sociale mentionné à l'article L. 241-3. Lorsque le revenu d'activité est positif, la réduction décroît linéairement et devient nulle lorsque ce revenu est égal ou supérieur au seuil mentionné au premier alinéa du présent article.

« La réduction prévue au présent article ne s'applique qu'aux cotisants dont les cotisations sont au moins égales au montant mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 612-4 et dont le chiffre d'affaires est inférieur ou égal à un montant fixé par décret.

« Le bénéfice de la réduction prévue au présent article ne peut être cumulé avec celui de tout autre dispositif de réduction ou d'abattement applicable aux cotisations prévues au même article L. 612-4.

« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret. » ;

F E bis. – Au second alinéa de l'article L. 612-9, les mots : « au dernier » sont remplacés par les mots : « à l'avant-dernier » ;

G F. – Le premier alinéa de l'article L. 612-13 est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« La charge des prestations supplémentaires prévues aux articles L. 613-9 et L. 613-20 est couverte par des cotisations supplémentaires calculées en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, dans la limite d'un plafond, dans des conditions déterminées par décret. Le taux de ces cotisations est fixé par décret.

« Ces cotisations supplémentaires ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret.

« Le produit de ces cotisations est centralisé dans un compte spécial ouvert dans les écritures de la caisse nationale et redistribué entre les caisses de base comportant des affiliés du groupe de professions considéré. » ;

H G. – La seconde phrase de l'article L. 722-4 est supprimée ;

I H. – À l'article L. 756-3, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité » ;

J I. – À la première phrase de l'article L. 756-4, le mot : « articles » est remplacé par les mots : « dispositions de l'article » et les mots : « employeurs et » sont supprimés ;

K J. – Au deuxième alinéa de l'article L. 756-5, la référence : « du dernier alinéa de l'article L. 131-6 » est remplacée par la référence : « de l'article L. 131-6-2 ».

II I bis. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à la réduction prévue à l'article L. 612-5 du même code.

III II. – Le présent article s'applique aux cotisations de sécurité sociale et contributions sociales dues au titre des périodes courant à compter du 1er janvier 2013, sous réserve des dispositions suivantes :

1° De manière transitoire, le montant des cotisations provisionnelles mentionnées à l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014 par les travailleurs indépendants relevant de l'article 62 du code général des impôts est égal au montant des cotisations provisionnelles calculé pour ces mêmes années en application des règles antérieures à l'entrée en vigueur du présent article. Les revenus d'activité, tels que définis à l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pris en compte pour ce calcul sont majorés de 11 %. Cette majoration ne peut être supérieure à la limite de réduction prévue au deuxième alinéa du 3° de l'article 83 du code général des impôts ;

2° De manière transitoire, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts, lorsque ces revenus sont perçus en 2013 et en 2014, qui est retenue pour la détermination du revenu d'activité non salarié en application du troisième alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale, pour les personnes nouvellement soumises aux dispositions de ce même alinéa en application du 2° du A du I du présent article, est prise en compte pour le calcul des cotisations provisionnelles mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 131-6-2 du code de la sécurité sociale dues au titre des années 2013 et 2014. Ces revenus font l'objet d'une déclaration obligatoire, selon les modalités prévues au quatrième alinéa du même article L. 131-6-2, dans un délai de trente jours à compter de leur perception.

IV III. – Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale, la demande prévue à ce même alinéa est ouverte aux pédicures-podologues affiliés au régime mentionné à l'article L. 722-1 du même code à la date de publication de la présente loi. À cette fin, ils doivent adresser un courrier faisant état de leur choix à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du régime général dont ils dépendent et au régime social des indépendants au plus tard le 30 avril 2013. L'affiliation au régime social des indépendants prend effet à compter du 1er janvier 2013.

Décision n° 2012 – 659 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 12

(Modernisation et simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur des assurances et clarification de l'affectation du produit des placements financiers de cette contribution)

Article, consolidation, travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article	4
II. Consolidation	5
III. Travaux parlementaires	12

Table des matières

I. Article	4
- (AN NL) Article 12	4
II. Consolidation	5
A. Code de la sécurité sociale	5
- Article L135-3	5
- Article L651-1	6
- Article L651-2	7
- Article L651-2-1	8
- Article L651-5	8
- Article L651-5-1	10
- Article L651-5-3	11
III. Travaux parlementaires	12
A. Première lecture	12
1. Assemblée nationale	12
a. Projet de loi	12
- Article 12	12
b. Etude d'impact	13
- Article 12	13
c. Amendement discutés en commission	21
1 - Amendement retiré	21
- Amendement AS 106 présenté par MM. Francis Vercaemer et Arnaud Richard	21
2 - Amendements adoptés	21
- Amendement AS 216 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général ..	21
.....	21
- Amendement AS 217 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général ..	21
.....	21
- Amendement AS 218 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général ..	22
.....	22
d. Rapport n°302 déposé le 17 octobre 2012, de M. Christian PAUL	22
e. Avis n°301, déposé le 17 octobre 2012, de Mme. Valérie RABAULT	25
f. Amendements discutés par l'AN	25
1 - Amendements rejetés	25
2 - Amendements adoptés	25
- AMENDEMENT N°431 présenté par M. Bapt	25
- AMENDEMENT N°432 présenté par M. Bapt	26
- AMENDEMENT N°433 (Rect) présenté par M. Bapt	26
- AMENDEMENT N°759 (Rect) présenté par le Gouvernement	26
g. Compte-rendu de débats – 2° séance du 24 octobre 2012	26
- Article 12	26
2. Sénat	27
a. Projet de loi	27
- Article 12	27
b. Rapport n° 107 déposé le 7 novembre 2012, de M. DAUDIGNY	28
- Article 12 (art. L. 651-1, L. 651-2-1 et L. 651-5 du code de la sécurité sociale) - Modernisation et simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur des assurances et clarification de l'affectation du produit des placements financiers de cette contribution	28
c. Avis n°104 déposé le 6 novembre 2012, de M. CAFFET	31
d. Compte-rendu des débats – séance du 13 novembre 2012	34
- Article 12	34
B. Commission mixte paritaire : désaccord	35
C. Nouvelle lecture	35

1. Assemblée Nationale.....	35
a. Amendements discutés en Commission.....	35
1 - Amendement adopté.....	35
- Amendement AS 128, présenté par M. Gérard Bapt	35
b. Rapport n°430 déposé le 21 novembre 2012, de M. BAPT.....	35
c. Amendements discutés par l'AN	36
2 - Amendements adoptés.....	36
- AMENDEMENT N°11 présenté par M. Bapt	36
- AMENDEMENT N°263 présenté par le Gouvernement.....	36
- AMENDEMENT N°265 (Rect) présenté par le Gouvernement.....	36
d. Compte-rendu des débats – 1 ^{ère} séance du 26 novembre 2012	37
- Article 12	37
2. Sénat.....	37
e. Rapport n°164 déposé le 27 novembre 2012 par M. DAUDIGNY	37
f. Compte-rendu des débats – séance du 29 novembre 2012	38
g. Texte adopté par le Sénat	38
D. Assemblée Nationale – Lecture définitive.....	38

I. Article

- (AN NL) Article 12

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A AA. – Le 4° de l'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« 4° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionné au second alinéa de l'article L. 651-2-1 ainsi que les produits financiers mentionnés à ce même alinéa ; »

B A. – L'article L. 651-1 est ainsi modifié :

1° Le 9° est ainsi rédigé :

« 9° Indépendamment de leur forme juridique, des établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I^{er} à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre V du même code ; »

2° Après le 9°, il est inséré un 9° *bis* ainsi rédigé :

« 9° *bis* Indépendamment de leur forme juridique, des entreprises ou sociétés d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code ou du titre VII du livre VII du code rural et de la pêche maritime ; »

3° Au 10°, la référence : « 9° » est remplacée par la référence : « 9° *bis* » ;

C A *bis*. – À l'article L. 651-2, il est rétabli un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les sociétés d'investissement régies par les articles L. 214-15 à L. 214-19 et L. 214-147 à L. 214-156 du code monétaire et financier ; »

D B. – À la première phrase du second alinéa de l'article L. 651-2-1, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « ainsi que les produits financiers générés par les placements de la contribution opérés, le cas échéant, par l'organisme mentionné à l'article L. 651-4 » et les mots : « est affecté » sont remplacés par les mots : « sont affectés » ;

E C. – L'article L. 651-5 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « assimilées », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les redevables mentionnés au 9° *bis* de l'article L. 651-1, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts, à l'exception des reprises sur réserves sur capitalisation. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux opérations sur devises et aux ajustements sur opérations à capital variable est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories. Ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asséoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, ni les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité. » ;

3° 2° *bis* Le quatrième alinéa est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :

« Pour les commissionnaires au sens de l'article L. 132-1 du code de commerce qui s'entremettent dans une livraison de biens ou de services, l'assiette de la contribution est constituée par le montant de leur commission, sous réserve que les conditions suivantes soient simultanément remplies :

« 1° L'opération d'entremise est rémunérée exclusivement par une commission dont le taux est fixé au préalable d'après le prix, la quantité ou la nature des biens ou des services ;

« 2° Il est rendu compte au commettant du prix auquel l'intermédiaire a traité l'opération avec l'autre contractant ;

« 3° L'intermédiaire qui réalise ces opérations d'entremise doit agir en vertu d'un mandat préalable et ne jamais devenir propriétaire des biens ;

« 4° Les opérations ne sont pas réalisées par des personnes établies en France qui s'entremettent dans la livraison de biens ou l'exécution des services par des redevables qui n'ont pas établi dans l'Union européenne le siège de leur activité, un établissement stable, leur domicile ou leur résidence habituelle.

« Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels les cinquième à neuvième alinéas s'appliquent majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées. » ;

4° 3° Les sixième à neuvième alinéas sont supprimés ;

F D. – Le II de l'article L. 651-5-1 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « et entreprises mentionnées » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements mentionnés » ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « et entreprises assujetties » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements assujettis » ;

G E. – L'article L. 651-5-3 est ainsi modifié :

1° Aux première et seconde phrases du premier alinéa, les mots : « et entreprises » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements » ;

2° À la fin du deuxième alinéa, les mots : « ou l'entreprise » sont remplacés par les mots : « , l'entreprise ou l'établissement ».

II. – Les B A, C A *bis* et E C du I sont applicables à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2013. Le D B du même I est applicable à compter de l'exercice 2012.

II. Consolidation

Légende (pour les articles consolidés)

- ~~texte barré~~ : dispositions supprimées

- **texte en gras** : dispositions nouvelles

A. Code de la sécurité sociale

- Partie législative
 - Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base
 - Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 5 : Fonds de solidarité vieillesse

- **Article L135-3**

Modifié par LOI n°2012-958 du 16 août 2012 - art. 33 (V)

Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 et à l'article 49 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale sont constituées par :

1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes de ces contributions ;

2° Une fraction fixée à l'article L. 131-8 du présent code du produit de la taxe sur les salaires mentionnée à l'article 231 du code général des impôts, nette des frais d'assiette et de recouvrement déterminés dans les conditions prévues au III de l'article 1647 du même code ;

- 3° La part du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 fixée à l'article L. 137-16 ;
- 4° ~~Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;~~
- 4° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionné au second alinéa de l'article L. 651-2-1 ainsi que les produits financiers mentionnés à ce même alinéa**
- 5° Le produit de la contribution additionnelle à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés mentionnée à l'article L. 245-13 ;
- 6° (Abrogé) ;
- 6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1 ;
- 7° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ;
- 8° Les fonds consignés au 31 décembre 2003 au titre des compensations prévues à l'article L. 134-1 ;
- 9° Alinéa abrogé
- 10° Le produit des contributions mentionnées aux articles L. 137-11 et L. 137-11-1 ;
- 10° bis Les sommes issues de l'application du livre III de la troisième partie du code du travail et reçues en consignation par la Caisse des dépôts et consignations ou résultant de la liquidation des parts de fonds communs de placement par les organismes gestionnaires, des titres émis par des sociétés d'investissement à capital variable, des actions émises par les sociétés créées par les salariés en vue de la reprise de leur entreprise ou des actions ou coupures d'actions de l'entreprise, n'ayant fait l'objet de la part des ayants droit d'aucune opération ou réclamation depuis trente années ;
- 10° ter Les sommes acquises à l'Etat conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques ;
- 10° quater Le produit des parts fixes des redevances dues au titre de l'utilisation des fréquences 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;
- 10° quinquies Une fraction égale à 35 % du produit de l'ensemble des parts variables des redevances payées chaque année au titre de l'utilisation des fréquences 880-915 mégahertz, 925-960 mégahertz, 1710-1785 mégahertz, 1805-1880 mégahertz, 1900-1980 mégahertz et 2110-2170 mégahertz attribuées pour l'exploitation d'un réseau mobile en métropole en application du code des postes et des communications électroniques ;
- 10° sexies Le produit de la contribution instituée à l'article L. 137-5 du présent code ;
- 11° Les sommes versées par les employeurs au titre de l'article L. 2242-5-1 du code du travail.

Les recettes et les dépenses du fonds de la première section doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale.

NOTA:

Loi n° 2012-958 du 16 août 2012 de finances rectificative pour 2012, article 33-V, ces dispositions s'appliquent aux rémunérations ou gains versés à compter du 1er août 2012.

- Livre 6 : Régimes des travailleurs non salariés
 - Titre 5 : Dispositions communes à l'assurance maladie, maternité et à l'assurance vieillesse
 - Chapitre 1er : Contributions d'équilibre

Section 1 : Contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

- Article L651-1

Modifié par LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 30

Il est institué une contribution sociale de solidarité à la charge :

1°) Des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ;

- 2°) Des sociétés à responsabilité limitée ;
- 3°) Des sociétés en commandite ;
- 4°) Des personnes morales de droit public dans les limites de leur activité concurrentielle ;
- 4° bis) Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre Ier du titre II de la première partie du livre Ier du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ;
- 5°) Des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, à raison des affaires réalisées sur ce territoire et le rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ;
- 6°) Des sociétés en nom collectif ;
- 7°) Des groupements d'intérêt économique ;
- 8°) Des groupements européens d'intérêt économique à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer ;
- ~~9°) Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° :~~
- ~~établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ;~~
- 9°) Indépendamment de leur forme juridique, des établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I^{er} à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre V du même code ;**
- 9°bis) Indépendamment de leur forme juridique, des entreprises ou sociétés d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code ou du titre VII du livre VII du code rural et de la pêche maritime ;**
- 10°) Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° **9°bis** qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural qui ont pour objet exclusif d'assurer l'approvisionnement de leurs associés coopérateurs en leur procurant les produits, les équipements, les instruments et les animaux nécessaires à leurs exploitations agricoles et des sociétés coopératives agricoles ayant pour objet exclusif l'utilisation de matériels agricoles par les associés coopérateurs ;
- 11°) Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne.

- Article L651-2

Modifié par LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 175 (V)

Sont exonérées de la contribution sociale de solidarité :

- 1°) les sociétés d'habitation à loyer modéré et de crédit immobilier régies par les articles L. 411-1 et suivants du code de la construction et de l'habitation, ainsi que les unions de ces sociétés ;
- 2°) les sociétés immobilières de copropriété régies par les articles L. 212-1 à L. 212-13 du code de la construction et de l'habitation ;
- 3°) les sociétés d'économie mixte de construction ou d'aménagement pour les activités qu'elles réalisent dans le cadre des missions de service d'intérêt général mentionnées aux neuvième, dixième et onzième alinéas de l'article L. 411-2 du code de la construction et de l'habitation ;
- 4°) les sociétés de rédacteurs de presse ;
- 5°) les sociétés mentionnées à l'article 4 de la loi n° 69-717 du 8 juillet 1969 relative à certaines dispositions concernant les sociétés ;

6°) (Abrogé) ;

7°) (Abrogé) ;

7° Les sociétés d'investissement régies par les articles L. 214-15 à L. 214-19 et L. 214-147 à L. 214-156 du code monétaire et financier ;

8°) les sociétés d'aménagement foncier et d'établissement rural régies par l'article 15 de la loi n° 60-808 du 5 août 1960 dite loi d'orientation agricole ;

9°) (Abrogé) ;

10°) les sociétés en nom collectif et les groupements d'intérêt économique constitués exclusivement entre des sociétés exonérées par application des dispositions prévues aux 1° à 8°, pour la réalisation d'opérations que ces sociétés peuvent mettre en oeuvre directement avec le bénéfice de cette exonération ;

11°) des sociétés coopératives maritimes visées au chapitre Ier du titre III de la loi n° 83-657 du 20 juillet 1983 relative au développement de certaines activités d'économie sociale, ayant pour objet exclusif soit l'avitaillement, soit l'armement de leurs associés coopérateurs.

- Article L651-2-1

Modifié par LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 30

Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement et abondé du solde éventuel de l'exercice précédent, est affecté, sous réserve de l'application du 10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, au régime social des indépendants au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches du régime, compte non tenu des subventions de l'Etat ni des montants de contribution sociale de solidarité attribués au titre des exercices antérieurs ou à titre d'acomptes provisionnels.

Le solde du produit de la contribution résultant de l'application du premier alinéa **ainsi que les produits financiers générés par les placements de la contribution opérés, le cas échéant, par l'organisme mentionné à l'article L. 651-4** ~~est affecté~~ **sont affectés** au fonds mentionné à l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.

- Article L651-5

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 20 (V)

Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ; ~~à ce montant doivent être ajoutés pour les sociétés d'assurance et de capitalisation et les sociétés de réassurances, les produits de leur exploitation n'entrant pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires.~~ De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.

Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.

Pour les établissements et entreprises mentionnés au deuxième alinéa du présent article dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.

Pour les redevables mentionnés au 9° bis de l'article L. 651-1, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 sexies du code général des impôts, à l'exception des reprises sur réserves sur capitalisation. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux opérations sur devises et aux

ajustements sur opérations à capital variable est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories. Ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, ni les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.

~~Le chiffre d'affaires des intermédiaires mentionnés au V de l'article 256 et au III de l'article 256 bis du code général des impôts, et qui bénéficient des dispositions de l'article 273 octies du même code, est diminué de la valeur des biens ou des services qu'ils sont réputés acquérir ou recevoir. Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels cette disposition s'applique majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées.~~

Pour les commissionnaires au sens de l'article L. 132-1 du code de commerce qui s'entremettent dans une livraison de biens ou de services, l'assiette de la contribution est constituée par le montant de leur commission, sous réserve que les conditions suivantes soient simultanément remplies :

1° L'opération d'entremise est rémunérée exclusivement par une commission dont le taux est fixé au préalable d'après le prix, la quantité ou la nature des biens ou des services ;

2° Il est rendu compte au commettant du prix auquel l'intermédiaire a traité l'opération avec l'autre contractant ;

3° L'intermédiaire qui réalise ces opérations d'entremise doit agir en vertu d'un mandat préalable et ne jamais devenir propriétaire des biens ;

4° Les opérations ne sont pas réalisées par des personnes établies en France qui s'entremettent dans la livraison de biens ou l'exécution des services par des redevables qui n'ont pas établi dans l'Union européenne le siège de leur activité, un établissement stable, leur domicile ou leur résidence habituelle.

Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels les cinquième à neuvième alinéas s'appliquent majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées.

Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.

~~Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.~~

~~Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.~~

~~Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.~~

~~Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asséoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.~~

Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur au seuil mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.

Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. A défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.

Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.

NOTA:

LOI n° 2011-1906 du 21 décembre 2011 art 20 II : Le présent article est applicable à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés due à compter du 1er janvier 2012.

- Article L651-5-1

Modifié par LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 44

L'organisme chargé du recouvrement de la contribution peut obtenir des administrations fiscales communication des éléments nécessaires à la détermination de son assiette et de son montant dans les conditions prévues à l'article L. 152 du livre des procédures fiscales.

II. — Les sociétés ~~et entreprises mentionnées~~ , **entreprises et établissements mentionnés** à l'article L. 651-1 du présent code sont tenues de fournir, à la demande de l'organisme de recouvrement, tous renseignements et documents nécessaires à la détermination de l'assiette de la contribution et de son montant dans un délai de soixante jours. Lorsque le redevable a répondu de façon insuffisante à cette demande, l'organisme de recouvrement le met en demeure de compléter sa réponse dans un délai de trente jours en précisant les compléments de réponse attendus.

Le délai de reprise de la créance de contribution mentionné au premier alinéa de l'article L. 244-3 est interrompu à la date d'envoi des demandes mentionnées au premier alinéa du présent II.

Le contrôle des déclarations transmises par les sociétés ~~et entreprises assujetties~~ , **entreprises et établissements assujettis** à la contribution sociale de solidarité est effectué dans les conditions prévues à l'article L. 113 du livre des procédures fiscales.

III. — En cas de défaut de réponse à la demande de renseignements et de documents ou à la mise en demeure mentionnée au II ou en cas de réponse insuffisante à la mise en demeure, il est appliqué une majoration dans la limite de 5 % du montant des sommes dues par le redevable.

IV. — L'organisme de recouvrement ayant constaté une inexactitude, une insuffisance, une omission ou une dissimulation dans les éléments servant au calcul de la contribution notifiée au redevable, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, un document mentionnant l'objet des opérations de contrôle, les documents consultés, la période vérifiée, le mode de calcul et le montant de la rectification envisagée.

Lorsque le redevable n'a pas répondu dans les délais prescrits à la demande et, le cas échéant, à la mise en demeure mentionnées au II du présent article ou que sa réponse demeure insuffisante, le montant de la rectification envisagée est estimé selon les règles fixées par l'avant-dernier alinéa de l'article L. 651-5.

Le redevable dispose d'un délai de trente jours pour faire part à l'organisme de recouvrement de sa réponse.

L'organisme de recouvrement est tenu de notifier à l'intéressé, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, la modification de la rectification envisagée dès lors que les observations fournies par le redevable sont reconnues fondées ou de motiver leur rejet.

L'organisme de recouvrement ne peut engager la mise en recouvrement de la contribution et des majorations avant l'expiration du délai de réponse mentionné au troisième alinéa du présent IV.

- Article L651-5-3

Créé par Loi 2006-1640 2006-12-21 art. 40 IV, VIII JORF 22 décembre 2006

Créé par Loi n°2006-1640 du 21 décembre 2006 - art. 40 JORF 22 décembre 2006

Les sociétés ~~et entreprises~~ , **entreprises et établissements** dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5 est supérieur ou égal à 5 millions d'euros sont tenues d'effectuer la déclaration prévue au même article et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie électronique auprès de l'organisme chargé du recouvrement mentionné à l'article L. 651-4. Pour se conformer à cette obligation, les sociétés ~~et entreprises~~ , **entreprises et établissements** utilisent les services de télédéclaration et de télérèglement mis à disposition dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.

Lorsque la transmission de la déclaration n'est pas faite suivant les modalités définies à l'alinéa précédent, il est appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société ~~ou l'entreprise~~ , **l'entreprise ou l'établissement**.

Il est également appliqué une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué dans des conditions différentes de celles prévues au premier alinéa.

NOTA:

Loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 art. 40 VII, VIII :

les présentes dispositions sont applicables pour la première fois à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés due à compter du 1er janvier 2007.

Dans le premier alinéa de l'article L. 651-5-3 le montant :

" 5 millions d'euros " est remplacé par le montant : " 1 500 000 Euros " à compter du 1er janvier 2008 et par le montant : " 760 000 Euros " à compter du 1er janvier 2009.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi

- Article 12

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

A. – L'article L. 651-1 est ainsi modifié :

1° Le 9° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 9° Indépendamment de leur forme juridique, des établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I^{er} à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre V du même code ; »

2° Il est inséré un 9° *bis* ainsi rédigé :

« 9° *bis* Indépendamment de leur forme juridique, des entreprises ou sociétés d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code ou du titre VII du livre VII du code rural et de la pêche maritime ; »

3° Au 10°, la référence : « 9° » est remplacée par la référence : « 9° *bis* ».

B. – Au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1, après les mots : « du premier alinéa », sont insérés les mots : « ainsi que les produits financiers générés par les placements de la contribution opérés le cas échéant par l'organisme mentionné à l'article L. 651-4 ».

C. – L'article L. 651-5 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après les mots : « taxes assimilées », la fin de la phrase est supprimée ;

2° Après le troisième alinéa, il est inséré les dispositions suivantes :

« Pour les redevables mentionnés au 9° *bis* de l'article L. 651-1, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux opérations sur devises est constitué par le résultat net positif de cette catégorie. Ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, ni les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité. » ;

3° Les sixième, septième, huitième et neuvième alinéas sont supprimés.

II. – Les dispositions du A et du C du I sont applicables à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2013. Les dispositions du B du I sont applicables à compter de l'exercice 2012.

Exposé des motifs

L'article 20 de la LFSS pour 2012 a permis de clarifier et d'harmoniser l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur bancaire. Lors de l'examen de cette mesure par le Parlement, la question d'une adaptation similaire de l'assiette du secteur assurantiel avait été soulevée.

Le I-C du présent article tire les enseignements d'une étude fine de l'assiette déclarée par les redevables du secteur. Il vise à moderniser et à simplifier la définition de l'assiette de la C3S pour les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance (qui sont isolées au sein du champ des redevables par le I-A) en l'alignant sur la définition du chiffre d'affaires retenue dans le cadre de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE).

Le I-B permet en outre de clarifier l'affectation au Fonds de solidarité vieillesse du produit généré par les placements financiers de C3S opérés par le RSI – gestionnaire du recouvrement de cette contribution – dans le cadre plus général de la mutualisation des trésoreries sociales.

b. Etude d'impact

- Article 12

SIMPLIFICATION DE L'ASSIETTE

DE LA CONTRIBUTION SOCIALE DE SOLIDARITE DES SOCIETES (C3S)

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Depuis son origine (1970), la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est un prélèvement à finalité exclusivement sociale consistant à assujettir l'ensemble des ressources provenant de l'activité professionnelle des entreprises, en fonction de leur poids relatif dans l'économie. Le chiffre d'affaires des entreprises est soumis à la C3S au taux de 0,16 %¹⁶ lorsqu'il est supérieur à 760 000 €. La C3S a concerné près de 300 000 entreprises et son rendement s'est établi à 5,3 Md€ en 2011.

Suite au constat de pratiques très hétérogènes au sein du secteur des établissements de crédit, l'assiette de la C3S de ces établissements a été redéfinie par l'article 20 de la LFSS pour 2012. Le chiffre d'affaires alors retenu comme assiette de la contribution fait explicitement référence à celui défini comme intermédiaire de calcul de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE) mais retient certains ajustements afin de tenir compte de la spécificité de l'activité de ces établissements.

Dans le cadre du débat parlementaire lors de l'examen de l'article précité, la question d'une adaptation similaire pour le secteur assurantiel s'était posée.

L'analyse fine des éléments déclaratifs transmis par les redevables de ce secteur révèle néanmoins une plus grande homogénéité de comportement que dans le secteur bancaire. L'objectif de la mesure proposée ici se concentre donc sur une modernisation et une simplification de l'assiette de la contribution.

Par ailleurs, la présente mesure vise à achever le mouvement déjà engagé de rationalisation des modalités d'affectation de la C3S aux organismes de sécurité sociale attributaires. La LFSS pour 2011 a en ce sens constitué une étape décisive à la faveur d'une affectation en droits constatés entre les différents attributaires : le régime des exploitants agricoles bénéficie d'une fraction égale à 30,89 % du produit de la C3S ; les régimes de base du RSI reçoivent de la C3S dans la stricte limite de leur déficit comptable ; la totalité du solde est affectée au Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Ces évolutions, recommandées par la Cour des comptes, ont permis la mise en cohérence de ce dispositif avec la présentation d'une comptabilité en droits constatés pour les organismes de sécurité sociale.

Ces évolutions n'ont néanmoins pas précisément traité la question du bénéficiaire du produit des placements de C3S (environ 20 M€ en 2011), tels qu'il résultent de la gestion financière effectuée par le RSI – dans le cadre plus général de la politique de mutualisation des trésoreries sociales – de cette ressource dont l'affectation en trésorerie aux attributaires se fait progressivement et au plus près des besoins en cours d'année par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Jusqu'au traitement en droits constatés à compter de 2011 du produit de la C3S, les produits financiers n'étaient pas identifiés comptablement en tant que tels. L'exercice de clôture des comptes 2011 des organismes, qui s'est organisé sur la base de principes comptables clarifiés s'agissant de cette recette, a fait apparaître l'absence de disposition juridique s'agissant de l'affectation des intérêts financiers. Il convient de remédier à cette difficulté.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

La mesure proposée consiste, comme cela avait été fait pour les établissements de crédit, à adapter la définition du chiffre d'affaires retenu en matière de CVAE aux spécificités à la fois du secteur concerné et de la C3S.

Cette définition s'inspire donc de celle retenue au plan fiscal pour la détermination de la cotisation sur la valeur ajoutée (CVAE) des entreprises d'assurance et de réassurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance. Toutefois, comme cela avait été retenu pour les établissements de crédit, les charges sur les opérations sur devises viendront minorer la composante de l'assiette relative à cette catégorie à concurrence des produits afférents.

La mesure proposée induit un léger élargissement de l'assiette puisque certains éléments, qui ne figuraient pas dans l'assiette déclarée par les redevables, le seront désormais comme les ajustements dits ACAV (assurance à capital variable) ou les commissions reçues des réassureurs.

Par ailleurs, elle aligne l'assiette des mutuelles et des institutions de prévoyance sur celle des entreprises d'assurance. Il convient néanmoins de noter que les primes et cotisations provenant de contrats complémentaire santé « responsables et solidaires » demeurent exonérées de C3S.

S'agissant par ailleurs de la nécessaire clarification du dispositif juridique d'affectation du produit des placements de C3S, il est proposé d'élire le FSV en tant qu'organisme attributaire. Il s'agit là de s'inscrire dans la philosophie actuelle qui retient déjà le FSV comme bénéficiaire du solde du produit de C3S, après affectation au régime des exploitants agricoles d'une fraction fixée par la loi, et aux régimes de base du RSI à hauteur de leurs besoins d'équilibrage comptable.

Il suffit pour cela d'insérer dans la partie législative du code de la sécurité sociale, avec une entrée en vigueur dès l'exercice 2012, une disposition prévoyant expressément que les produits financiers sont affectés chaque année au FSV. Le montant correspondant sera précisé chaque année dans l'arrêté fixant les montants définitifs de C3S à affecter aux différents attributaires.

Autres options possibles

Sans objet.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Le produit de la C3S est affecté au financement du RSI, de la CCMSA et du FSV. Celui de la C3S additionnelle est affecté depuis 2011 au FSV.

La mesure prend place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale. Elle relève des règles relatives aux cotisations et contributions affectées aux régimes obligatoires de base ou aux organismes concourant à leur financement (3° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale) et a en outre un effet sur les recettes estimé à 55 M€ pour 2013 pour la clarification de l'assiette de C3S pour les établissements de crédit.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit communautaire. Elle vise à clarifier la notion de chiffre d'affaires sur laquelle est assise la contribution. Elle ne modifie pas la nature juridique de la C3S à caractère non fiscal, qui ne frappe pas les transactions commerciales, et a été jugée conforme au droit communautaire et à la 6^e directive TVA. Pour mémoire, par un arrêt du 27 novembre 1985 rendu dans l'affaire n° 295/84, la Cour de justice des communautés européennes a jugé que la contribution sociale de solidarité n'était pas contraire aux dispositions de l'article 33 de la sixième directive du 17 mai 1977 en raison du caractère non fiscal de ce prélèvement et du mode de calcul de la taxe qui s'applique sur le chiffre d'affaires global annuel et non pas opération par opération.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Le dispositif requiert une modification de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale (I.B), et une modification de l'article L. 651-2-1 du même code (I.C). Une clarification est opérée dans l'article L. 651-1 pour faciliter les renvois entre la définition des redevables et la définition de l'assiette (I.A).

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Sans objet.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

La mesure s'applique dans le périmètre des régimes et organismes de protection sociale concernés soit les DOM (à l'exception de Mayotte), Saint-Martin et Saint-Barthélemy.

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	Non
- Saint-Pierre et Miquelon	Oui
- Saint-Martin et Saint Barthélemy	Oui
- autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'impact financier de la mesure de simplification de l'assiette de la C3S a été estimé à partir des documents¹⁷ fournis à l'organisme en charge du recouvrement, par un panel de 85 entreprises du secteur, dans le cadre de l'action de contrôle de l'assiette des compagnies d'assurance et des mutuelles effectuée au titre de la C3S 2008 à 2010.

La comparaison entre les éléments retenus actuellement par ces compagnies pour la détermination de leur chiffre d'affaires et celui découlant de l'assiette envisagée permet d'évaluer l'impact financier de la mesure à 55 M€ dont 7 M€ pour les mutuelles et institutions de prévoyance.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -)</i>				
	<i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2012 (rectificatif)	2013	2014	2015	2016
		P			
FSV		+ 55	+55	+55	+55

P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

La clarification de l'assiette de la contribution aura un impact très limité sur les compagnies d'assurances. Cette mesure a surtout pour objectif de clarifier l'assiette de la C3S dont la rédaction ne reflète plus la réalité économique du monde des assurances. Cette redéfinition de l'assiette permet de simplifier l'appréhension de l'assiette et, par conséquent, d'améliorer la sécurité juridique tant pour les redevables que pour la sphère publique par le biais d'un lien direct avec la CVAE et le corpus de normes afférent.

b) impacts sociaux

La mesure confortera le rendement de la C3S qui est une ressource fondamentale pour l'équilibre des régimes de non salariés.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure prévue au I nécessite une modification du formulaire déclaratif de la C3S en ligne sur le portail Net-entreprises, dans un délai compatible avec la prochaine échéance déclarative (mai 2013).

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

L'impact est limité à la modification du portail déclaratif mentionnée ci-dessus.

d) impact budgétaire

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure est gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

La mesure ne nécessite aucun texte réglementaire d'application. Une circulaire ministérielle commentera les dispositions adoptées.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Aucun délai de mise en œuvre n'est nécessaire. La mesure s'appliquera à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2013.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les redevables seront informés via le portail Net-entreprises dans le cadre de la prochaine campagne de recouvrement.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un Programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur des indicateurs attachés à ce PQE ?

La mesure est couverte par l'objectif 2 (veiller à l'équité du prélèvement social) de la partie II du PQE financement annexé au PLFSS.

- si non, des indicateurs spécifiques sont-ils prévus (qualité de service, efficacité socioéconomique, efficacité) ?

Un bilan d'application de la mesure sera produit régulièrement par le service compétent de la caisse nationale du RSI.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

<p>Article L.651-2-1 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L.651-2-1 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement et abondé du solde éventuel de l'exercice précédent, est affecté, sous réserve de l'application du 10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, au régime social des indépendants au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches du régime, compte non tenu des subventions de l'Etat ni des montants de contribution sociale de solidarité attribués au titre des exercices antérieurs ou à titre d'acomptes provisionnels.</p> <p>Le solde du produit de la contribution résultant de l'application du premier alinéa est affecté au fonds mentionné à l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.</p>	<p>Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement et abondé du solde éventuel de l'exercice précédent, est affecté, sous réserve de l'application du 10° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, au régime social des indépendants au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches du régime, compte non tenu des subventions de l'Etat ni des montants de contribution sociale de solidarité attribués au titre des exercices antérieurs ou à titre d'acomptes provisionnels.</p> <p>Le solde du produit de la contribution résultant de l'application du premier alinéa ainsi que les produits financiers générés par les placements de la contribution opérés le cas échéant par l'organisme mentionné à l'article L. 651-4 sont affectés au fonds mentionné à l'article L. 135-1 dans les conditions fixées par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p> <p>La répartition de la contribution peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.</p>
<p>Article L651-5 actuel du code de la sécurité sociale</p>	<p>Article L651-5 modifié du code de la sécurité sociale</p>
<p>Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ; à ce montant doivent être ajoutés pour les sociétés d'assurance et de capitalisation et les sociétés de réassurances, les produits de leur exploitation n'entrant pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.</p> <p>Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.</p> <p>Pour les établissements et entreprises mentionnés au deuxième alinéa du présent article dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution</p>	<p>Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont tenues d'indiquer annuellement à l'organisme chargé du recouvrement de cette contribution le montant de leur chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées ; à ce montant doivent être ajoutés pour les sociétés d'assurance et de capitalisation et les sociétés de réassurances, les produits de leur exploitation n'entrant pas dans le champ d'application des taxes sur le chiffre d'affaires. De ce montant sont déduits, en outre, les droits ou taxes indirects et les taxes intérieures de consommation, versés par ces sociétés et entreprises, grevant les produits médicamenteux et de parfumerie, les boissons, ainsi que les produits pétroliers.</p> <p>Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt, aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.</p> <p>Pour les établissements et entreprises mentionnés au deuxième alinéa du présent article dont le produit net bancaire est au plus égal à 10 % du chiffre d'affaires ainsi déterminé, le montant cumulé de la contribution</p>

<p>sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.</p> <p>Le chiffre d'affaires des intermédiaires mentionnés au V de l'article 256 et au III de l'article 256 bis du code général des impôts, et qui bénéficient des dispositions de l'article 273 octies du même code, est diminué de la valeur des biens ou des services qu'ils sont réputés acquérir ou recevoir. Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels cette disposition s'applique majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées.</p> <p>Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.</p> <p>Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.</p> <p>Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.</p> <p>Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont</p>	<p>sociale de solidarité et de la contribution additionnelle instituée à l'article L. 245-13 du présent code ne peut excéder 1,6 % du produit net bancaire.</p> <p>Pour les redevables mentionnés au 9° bis de l'article L. 651-1, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 sexies du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux opérations sur devises est constitué par le résultat net positif de cette catégorie. Ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, ni les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.</p> <p>Le chiffre d'affaires des intermédiaires mentionnés au V de l'article 256 et au III de l'article 256 bis du code général des impôts, et qui bénéficient des dispositions de l'article 273 octies du même code, est diminué de la valeur des biens ou des services qu'ils sont réputés acquérir ou recevoir. Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels cette disposition s'applique majorent leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées.</p> <p>Le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution prévue par l'article L. 138-1 est exclu de l'assiette de la contribution sociale de solidarité.</p> <p>Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurances, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.</p> <p>Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du</p>
--	---

<p>versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.</p> <p>Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur au seuil mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.</p> <p>Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. A défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.</p> <p>Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.</p>	<p>chapitre II du titre II du livre VII du code rural et de la pêche maritime, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.</p> <p>Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.</p> <p>Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution des subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité.</p> <p>Par dérogation au premier alinéa, les entreprises dont le chiffre d'affaires, calculé selon les modalités prévues aux alinéas précédents, est inférieur au seuil mentionné par le premier alinéa de l'article L. 651-3 ne sont pas tenues de souscrire une déclaration au titre de la contribution sociale de solidarité.</p> <p>Lorsque la société ou l'entreprise assujettie n'a pas effectué la déclaration de son chiffre d'affaires selon les modalités et dans les délais prescrits pour l'application du présent article, le chiffre d'affaires sur lequel est assise la contribution est fixé d'office par l'organisme chargé du recouvrement à partir des éléments dont il dispose ou des comptes annuels dont il est fait publicité. A défaut d'éléments suffisants, le chiffre d'affaires est fixé forfaitairement par rapport au seuil mentionné au premier alinéa de l'article L. 651-3.</p> <p>Les montants dus, lorsque le chiffre d'affaires estimé est supérieur ou égal au seuil fixé par le premier alinéa de l'article L. 651-3, sont réclamés à titre provisionnel, par voie de mise en demeure dans les conditions mentionnées à l'article L. 244-2.</p>
Article L651-1 actuel	Article L651-1 modifié

du code de la sécurité sociale	du code de la sécurité sociale
<p>Il est institué une contribution sociale de solidarité à la charge :</p> <p>1°) Des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ;</p> <p>2°) Des sociétés à responsabilité limitée ;</p> <p>3°) Des sociétés en commandite ;</p> <p>4°) Des personnes morales de droit public dans les limites de leur activité concurrentielle ;</p> <p>4° bis) Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre Ier du titre II de la première partie du livre Ier du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ;</p> <p>5°) Des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, à raison des affaires réalisées sur ce territoire et le rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ;</p> <p>6°) Des sociétés en nom collectif ;</p> <p>7°) Des groupements d'intérêt économique ;</p> <p>8°) Des groupements européens d'intérêt économique à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer ;</p> <p>9°) Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° : établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ;</p> <p>10°) Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural qui ont pour objet exclusif d'assurer l'approvisionnement de leurs associés coopérateurs en leur procurant les produits, les équipements, les instruments et les animaux nécessaires à leurs exploitations agricoles et des sociétés coopératives agricoles ayant pour objet exclusif l'utilisation de matériels agricoles par les associés coopérateurs ;</p> <p>11°) Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE)</p>	<p>Il est institué une contribution sociale de solidarité à la charge :</p> <p>1°) Des sociétés anonymes et des sociétés par actions simplifiées, quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital ;</p> <p>2°) Des sociétés à responsabilité limitée ;</p> <p>3°) Des sociétés en commandite ;</p> <p>4°) Des personnes morales de droit public dans les limites de leur activité concurrentielle ;</p> <p>4° bis) Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre Ier du titre II de la première partie du livre Ier du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ;</p> <p>5°) Des personnes morales dont le siège est situé hors du territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer, à raison des affaires réalisées sur ce territoire et le rendant passibles de l'impôt sur les sociétés ;</p> <p>6°) Des sociétés en nom collectif ;</p> <p>7°) Des groupements d'intérêt économique ;</p> <p>8°) Des groupements européens d'intérêt économique à raison des affaires réalisées sur le territoire de la France métropolitaine ou des départements d'outre-mer ;</p> <p>9°) Des organismes suivants, non mentionnés aux 1° à 8° : établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural et de la pêche maritime ; Indépendamment de leur forme juridique, des établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres Ier à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre Ier du livre V du même code ;</p> <p>9° bis) Indépendamment de leur forme juridique, des entreprises ou sociétés d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code ou par VII du livre VII du code rural et de la</p>

1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne.	pêche maritime ; 10°) Des sociétés ou organismes non visés aux 1° à 9° bis qui sont régis par la loi n° 47-1775 du 10 septembre 1947 portant statut de la coopération, à l'exception de ceux visés à l'article L. 521-1 du code rural qui ont pour objet exclusif d'assurer l'approvisionnement de leurs associés coopérateurs en leur procurant les produits, les équipements, les instruments et les animaux nécessaires à leurs exploitations agricoles et des sociétés coopératives agricoles ayant pour objet exclusif l'utilisation de matériels agricoles par les associés coopérateurs ; 11°) Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne.
---	--

c. Amendement discutés en commission

1 - Amendement retiré

- Amendement AS 106 présenté par MM. Francis Vercamer et Arnaud Richard

Article 12

Supprimer cet article.

Exposé des motifs

Sous le couvert de la clarification et de la simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés, cette mesure accroît la charge fiscale pesant sur les placements financiers des entreprises d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance, dont le rendement atteindra 55 millions d'euros en 2013.

Cette charge orientée sur un secteur qui joue un rôle de stabilisateur économique et social important en période de crise apparaît inapproprié pour contribuer à l'objectif final de maîtrise de la dette sociale.

Il est donc demandé sa suppression.

2 - Amendements adoptés

- Amendement AS 216 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 12

Après l'alinéa 1, insérer l'alinéa suivant :

« AA. – Le 4° de l'article L. 135-3 est complété par les mots : « ainsi que les produits financiers mentionnés à ce même alinéa ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de conséquence.

- Amendement AS 217 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 12

Compléter l'alinéa 8 par les mots : « et les mots : « est affecté » sont remplacés par les mots : « sont affectés ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de conséquence.

- Amendement AS 218 présenté par M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général

Article 12

Après l'alinéa 13, insérer les deux alinéas suivants :

« D. – Au début de la première phrase du premier alinéa du II de l'article L. 651-5-1, les mots : « et entreprises mentionnées » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements mentionnés ».

« E. – À l'article L. 651-5-3, dans les première et seconde phrases du premier alinéa les mots : « et entreprises » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements » et au deuxième alinéa, les mots : « ou l'entreprise » sont remplacés par les mots : « , l'entreprise ou l'établissement ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de conséquence.

d. Rapport n°302 déposé le 17 octobre 2012, de M. Christian PAUL

Article 12 (art. L. 651-1, L. 651-2-1 et L. 651-5 du code de la sécurité sociale)

Modernisation et simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur des assurances et clarification de l'affectation du produit des placements financiers de cette contribution

Le présent article vise à clarifier et à harmoniser l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) dans le secteur des assurances.

1. La contribution sociale de solidarité sur les sociétés

Régie par les articles L. 651-1 à L. 651-9 du code de la sécurité sociale, la C3S a été instituée par la loi n° 70-13 du 3 janvier 1970 portant création d'une contribution sociale de solidarité au profit de certains régimes de protection sociale des travailleurs non salariés.

Son rôle est de compenser les pertes de ressources des régimes de protection sociale des professions des non-salariés non agricoles consécutives à la dégradation du rapport démographique de ces régimes et au développement de l'emploi salarié. Son taux est fixé par décret dans la limite de 0,13 % du chiffre d'affaires des sociétés dont le chiffre d'affaires est supérieur à 760 000 euros, soit environ 300 000 redevables. Les principaux secteurs assujettis sont le commerce, l'industrie manufacturière et le secteur financier (banques et assurances), qui constituent 70 % de l'assiette de la contribution.

La contribution additionnelle, prévue par l'article L. 243-13 du code de la sécurité sociale, a été instaurée par la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie et prélevée pour la première fois en complément de la C3S en 2005. Son taux est fixé à 0,03 % du chiffre d'affaires des sociétés.

Le produit de la C3S est attribué tous les ans à la Caisse nationale du Régime social des indépendants (RSI) et, marginalement, au régime complémentaire des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics, au prorata et dans la limite du déficit comptable résultant de la couverture obligatoire de base gérée par chacune des branches. Ce mode d'affectation implique que le rendement des taxes doit être suffisant pour couvrir les besoins de financement du RSI jusqu'au recouvrement des deux contributions.

Le cas échéant, le solde du produit de la C3S est versé soit au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), soit au Fonds de réserve pour les retraites (FRR). En outre, depuis la loi de financement pour 2011, la branche maladie du régime des exploitants agricoles, suite à la suppression de la compensation généralisée maladie, favorable au RSI, est affectataire d'une quote-part de 30,89 % du produit de la C3S.

La recette collectée durant un exercice étant assise sur le chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, l'effet de la crise s'est fait sentir sur les montants enregistrés en 2010 : le produit a reculé de 6,8 %, pour s'établir à 4,1 milliards d'euros. En 2011 et 2012, il s'est en revanche révélé beaucoup plus dynamique, avec des progressions respectives de 4,3 % et 4,9 %. Cette évolution serait toutefois contrecarrée en 2013 par la faiblesse de la croissance économique, de telle sorte que le produit ne croîtrait que de 1,9 %.

Initialement affecté à la branche maladie du régime général, le produit de la C3S additionnelle a été transféré au FSV par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Son évolution est bien évidemment parallèle à celle de la C3S : le FSV recevra à ce titre 1 043 millions d'euros en 2012 et 1 063 millions d'euros en 2013.

En 2012, la hausse des besoins du RSI s'est faite au détriment du FSV. Tendanciellement, cette évolution devait se poursuivre en 2013, mais le FSV bénéficiera en réalité de davantage de versements de C3S, du fait du renforcement des ressources de la branche maladie du RSI résultant de l'article 11 du présent projet de loi.

Affectation du produit de la C3S et de la C3S additionnelle (2010-2013)

(en millions d'euros)

	2010	2011	2012	2013 (*)
C3S (y compris produits financiers)	4 145	4 328	4 537	4 624
Régimes de non-salariés	3 667	2 435	2 885	3 172
Branche maladie du régime des exploitants agricoles – Fonds de solidarité vieillesse	300	1 325	1 402	1 428
Mise en réserve	178	–	–	–
C3S additionnelle	953	1 046	1 043	1 063
Branche maladie du régime général	953	–	–	–
Fonds de solidarité vieillesse	–	1 046	1 043	1 063
Total	5 098	5 374	5 580	5 687

(*) Évolution tendancielle avant mesures du PLFSS 2013.

Sources : rapports à la Commission des comptes de la sécurité sociale (septembre 2011 et octobre 2012).

2. La modernisation et la simplification de l'assiette de la C3S dans le secteur des assurances

Le régime en vigueur distingue entreprises d'assurance, d'un côté, mutuelles et institutions de prévoyance, de l'autre.

Pour les sociétés d'assurances et de capitalisation régies par le code des assurances et les sociétés de réassurance, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des entreprises d'assurances et de capitalisation.

Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du code de la mutualité, pour les institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du code de la sécurité sociale et pour les institutions de prévoyance relevant du code rural, l'assiette est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance. Ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution les subventions accordées par le fonds national de solidarité et d'actions mutualistes.

Pour l'ensemble des entreprises, mutuelles et institutions de prévoyance, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion obligatoire ou facultative remplissant certaines conditions, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité.

Renforçant l'efficacité du contrôle sur pièces du recouvrement de la C3S, l'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a permis de faire apparaître de fortes variations, d'une entreprise à l'autre, quant à la détermination de l'assiette dans le secteur bancaire. L'article 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 est intervenu pour clarifier et harmoniser la définition de l'assiette de la contribution pour les établissements de crédit mais aussi pour plafonner le produit de la contribution sur ces établissements. Le rendement de cette mesure avait été évalué à 150 millions d'euros par an.

L'opportunité de procéder à un aménagement comparable dans le secteur des assurances avait alors été évoquée. Selon l'étude d'impact jointe au présent projet de loi, l'examen de l'assiette déclarée par les redevables du secteur a fait apparaître que des améliorations étaient souhaitables, quoique dans une moindre mesure que pour le secteur bancaire l'année dernière.

Une adaptation de l'assiette semble donc opportune dans le secteur des assurances. À cette fin, le **A du I** procède à la séparation entre banques et assurances au sein de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale,

qui fixe la liste des secteurs assujettis à la C3S. Dans la définition qui en est ainsi donnée, le secteur des assurances continue bien entendu d'inclure les entreprises d'assurance mais aussi les mutuelles et les institutions de prévoyance.

Le **C du I** précise, à l'article L. 651-5 du même code, la définition du chiffre d'affaires pour les entreprises relevant du secteur des assurances en l'alignant sur celle du chiffre d'affaires retenue dans le cadre de la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (article 1586 *sexies* du code général des impôts), comme l'an passé pour les établissements bancaires, à savoir :

- les primes ou cotisations ;
- les autres produits techniques ;
- les commissions reçues des réassureurs ;
- les produits non techniques, à l'exception de l'utilisation ou de reprises des provisions ;
- les produits des placements, à l'exception des reprises de provisions pour dépréciation, des plus-values de cession et de 95 % des dividendes afférents aux placements dans des entreprises liées ou avec lien de participation, des plus-values de cession d'immeubles d'exploitation et des quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun.

L'assiette des mutuelles et des institutions de prévoyance est alignée sur celle des entreprises d'assurance.

En outre, deux aménagements sont prévus :

- le chiffre d'affaires d'annuel afférent aux opérations sur devises est constitué par le résultat net positif de cette catégorie ;
- les exclusions en vigueur au profit de certains contrats d'assurance maladie (*cf. supra*) demeurent valables.

Le **II** précise que ces modifications apportées à l'assiette sont applicables à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2013. Comme elles se traduisent par un léger élargissement de l'assiette, incluant désormais par exemple les ajustements dits « ACAV » (assurance à capital variable) et les commissions reçues des réassureurs, le Gouvernement estime qu'elles devraient rapporter 55 millions d'euros par an (dont 7 millions d'euros au titre des mutuelles et institutions de prévoyance), à comparer aux 150 millions d'euros escomptés de la mesure adoptée en loi de financement pour 2012 à l'égard du secteur bancaire. Compte tenu du rôle dévolu à la C3S, ces recettes supplémentaires bénéficient au FSV.

3. Une clarification de l'affectation du produit des placements financiers de contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés

À l'issue de l'exercice 2010, compte tenu de tensions financières nées notamment de la crise économique, 178 millions d'euros de C3S ont été mis en réserve au lieu d'être affectés au FSV, qui ne bénéficiait alors pas encore de plein droit de l'intégralité du solde de cette contribution. L'objectif était de garantir en toute circonstance la capacité à équilibrer les comptes du RSI via cette seule ressource. La somme mise en réserve s'inscrivait également dans une logique de trésorerie : la C3S étant recouvrée en mai, il était opportun de conserver de la ressource pour soutenir la trésorerie du RSI au cours des premiers mois de l'année mais aussi de permettre au RSI de faire face à d'éventuelles difficultés de recouvrement de la C3S.

Gestionnaire du recouvrement de la C3S, le RSI procède à des placements du produit de cette contribution.

Les produits des placements de la CSSS proviennent dans leur grande majorité des souscriptions de billets de trésorerie de l'ACOSS. Celle-ci profite ainsi du calendrier de recouvrement de la CSSS, qui prévoit une seule échéance annuelle, au mois de mai, générant d'importantes disponibilités de trésorerie le temps qu'une partie des sommes soient affectées au RSI, en fonction des besoins de trésorerie de ce régime, répartis tout au long de l'année.

Ces placements génèrent des ressources, de l'ordre de 18 millions d'euros en 2011, premier exercice à compter duquel le traitement en droits constatés a permis de les identifier de manière comptable. C'est précisément à l'occasion de la clôture des comptes de cet exercice qu'est apparue l'absence de disposition juridique relative à l'affectation de ces produits financiers, qui devraient se maintenir à 18 millions d'euros en 2012 et 2013.

Le **B du I**, modifiant l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, prévoit donc désormais explicitement l'affectation au FSV, bénéficiaire du solde de C3S après répartition du produit de cette contribution entre régimes attributaires, des produits financiers résultant des placements de C3S. Cette affectation s'inscrit également dans une préoccupation plus large, celle de la mutualisation des trésoreries sociales, les produits financiers résultant, pour leur quasi-totalité, de telles opérations de mutualisation.

Le **II** prévoit que cette affectation au FSV s'applique dès l'exercice 2012.

*

L'amendement AS 106 de M. Francis Vercamer, visant à supprimer l'article, est retiré.

La Commission adopte successivement les amendements de conséquence AS 216 à 218 du rapporteur.

M. Denis Jacquat. Le texte est-il si mal écrit qu'il faille adopter tant d'amendements de précision, de coordination ou de conséquence ?

Mme la présidente Catherine Lemorton. Comme si cela n'était jamais arrivé durant la précédente législature ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. En effet, madame la présidente, et si le rapporteur a changé, les membres du secrétariat de la Commission des affaires sociales sont toujours aussi attentifs à la qualité rédactionnelle des textes. Ne faites pas d'esprit partisan !

La Commission adopte l'article 12 modifié.

e. Avis n°301, déposé le 17 octobre 2012, de Mme. Valérie RABAULT

c) Les autres mesures

● La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) assujettit l'ensemble des ressources provenant de l'activité professionnelle des entreprises en fonction de leur poids relatif dans l'économie. L'assiette pour les établissements de crédit a été revue en 2012 : le chiffre d'affaires retenu comme assiette fait explicitement référence au chiffre d'affaires utilisé pour calculer la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE). Cet ajustement n'avait en revanche pas concerné le secteur assurantiel. L'affectation de la C3S apparaît en outre peu lisible. Par ailleurs le bénéficiaire du produit des placements de C3S (20 millions d'euros en 2011) n'a pas été précisé et fait donc l'objet d'une affectation en trésorerie par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

L'article 12 du projet de loi propose de clarifier l'assiette pour le secteur assurantiel, y attrayant par exemple l'assurance à capital variable ou les commissions reçues des réassureurs. Il aligne également l'assiette des mutuelles et des institutions de prévoyance sur celle des entreprises d'assurance. En ce qui concerne l'affectation, le projet de loi retient le FSV, étant entendu que le fonds est déjà bénéficiaire du solde du produit après affectation de fractions au régime agricole et au régime des indépendants.

Cette mesure devrait générer 55 millions d'euros de recettes supplémentaires pour le FSV.

● Aujourd'hui l'assiette de la taxe sur les salaires est alignée sur celle des cotisations de sécurité sociale. De ce fait, l'intéressement, la participation et la prévoyance complémentaire sont exonérés de la taxe sur les salaires. L'inspection générale des finances critiquait l'existence de cette exonération, considérant qu'elle induit un effet d'aubaine important, notamment dans le secteur financier où ces dispositifs sont très fréquents. (...)

f. Amendements discutés par l'AN

1 - Amendements rejetés

Néant

2 - Amendements adoptés

- AMENDEMENT N°431 présenté par M. Bapt

Après l'alinéa 1, insérer les deux alinéas suivants :

« AA. – Le 4° de l'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« 4° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ainsi que les produits financiers mentionnés à ce même alinéa ; » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de conséquence.

- AMENDEMENT N°432 présenté par M. Bapt

Compléter l'alinéa 8 par les mots :

« et les mots : « est affecté » sont remplacés par les mots : « sont affectés » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de conséquence.

- AMENDEMENT N°433 (Rect) présenté par M. Bapt

Après l'alinéa 13, insérer les six alinéas suivants :

« D. – Le II de l'article L. 651-5-1 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « et entreprises mentionnées » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements mentionnés ».

2° Au dernier alinéa, les mots : « et entreprises assujetties » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements assujettis » ;

« E. – L'article L. 651-5-3 est ainsi modifié :

« 1° Aux première et seconde phrases du premier alinéa, les mots : « et entreprises » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements » ;

« 2° À la fin du deuxième alinéa, les mots : « ou l'entreprise » sont remplacés par les mots : « , l'entreprise ou l'établissement » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de conséquence.

- AMENDEMENT N°759 (Rect) présenté par le Gouvernement

I. – Compléter la première phrase de l'alinéa 12, par les mots :

« à l'exception des reprises sur réserves sur capitalisation » ;

II. – En conséquence, à la deuxième phrase du même alinéa, après le mot :

« devises »

insérer les mots :

« et aux ajustements sur opérations à capital variable ».

III. – En conséquence, à la fin de cette même phrase, substituer aux mots :

« cette catégorie »,

les mots :

« chacune de ces catégories ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à préciser le périmètre de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur assurantiel afin de tenir compte de certaines spécificités du secteur.

A l'instar des dispositions votées l'an dernier pour les établissements de crédits, il s'agit de retenir comme montant du chiffre d'affaires l'ensemble des produits correspondant à l'activité normale et courante des entreprises du secteur, y compris les produits financiers qui ne sont pas liés à une logique patrimoniale.

Il est proposé de procéder à un nombre limité d'ajustements techniques afin d'exclure les reprises de provision qui demeuraient dans la définition précédente et de comptabiliser en solde, lorsqu'il est positif, les opérations liées à la valorisation des actifs servant de support à l'assurance vie.

g. Compte-rendu de débats – 2^e séance du 24 octobre 2012

- Article 12

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 431.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de conséquence.

(L'amendement n° 431, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 432.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Amendement de conséquence.

(L'amendement n° 432, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre délégué, pour soutenir l'amendement n° 759 rectifié.

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Cet amendement vise à préciser le périmètre de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur assurantiel, afin de tenir compte de certaines spécificités du secteur.

À l'instar des dispositions votées l'an dernier pour les établissements de crédits, il s'agit de rétablir comme montant du chiffre d'affaires l'ensemble des produits correspondant à l'activité normale et courante des entreprises du secteur, y compris les produits financiers qui ne sont pas liés à une logique patrimoniale. Il est donc proposé de procéder à un nombre limité d'ajustements techniques afin d'exclure les reprises de provision qui demeuraient dans la définition précédente et de comptabiliser en solde, lorsqu'il est positif, les opérations liées à la valorisation des actifs servant de support à l'assurance vie.

Je suis sûr que ces explications sont limpides (*Sourires*) et qu'elles convaincront la représentation nationale de voter cet amendement, et je l'en remercie par avance.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement.

Il s'agit de l'article visant à compenser les pertes de ressources des régimes de protection sociale des professions non salariées non agricoles consécutives à la dégradation du rapport démographique. Ce secteur compte beaucoup plus de retraités que d'actifs. M. le ministre nous propose un amendement de précision qui va dans le bon sens. À titre personnel, je vous propose donc son adoption.

(L'amendement n° 759 rectifié est adopté.)

Mme la présidente. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 433 rectifié.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Amendement de conséquence.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. Favorable.

(L'amendement n° 433 rectifié est adopté.)

(L'article 12, amendé, est adopté.)

2. Sénat

a. Projet de loi

- Article 12

I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

AA (*nouveau*). - Le 4° de l'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« 4° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au second alinéa de l'article L. 651-2-1 ainsi que les produits financiers mentionnés à ce même alinéa ; »

A. - L'article L. 651-1 est ainsi modifié :

1° Le 9° est ainsi rédigé :

« 9° Indépendamment de leur forme juridique, des établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I^{er} à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre V du même code ; »

2° Après le 9°, il est inséré un 9° *bis* ainsi rédigé :

« 9° *bis* Indépendamment de leur forme juridique, des entreprises ou sociétés d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance

relevant du titre III du livre IX du présent code ou du titre VII du livre VII du code rural et de la pêche maritime ; »

3° Au 10°, la référence : « 9° » est remplacée par la référence : « 9° bis » ;

B. - À la première phrase du second alinéa de l'article L. 651-2-1, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « ainsi que les produits financiers générés par les placements de la contribution opérés, le cas échéant, par l'organisme mentionné à l'article L. 651-4 » et les mots : « est affecté » sont remplacés par les mots : « sont affectés » ;

C. - L'article L. 651-5 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « assimilées », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les redevables mentionnés au 9° bis de l'article L. 651-1, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts, à l'exception des reprises sur réserves sur capitalisation. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux opérations sur devises et aux ajustements sur opérations à capital variable est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories. Ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, ni les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité. » ;

3° Les sixième à neuvième alinéas sont supprimés ;

D (*nouveau*). - Le II de l'article L. 651-5-1 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « et entreprises mentionnées » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements mentionnés » ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « et entreprises assujetties » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements assujettis » ;

E (*nouveau*). - L'article L. 651-5-3 est ainsi modifié :

1° Aux première et seconde phrases du premier alinéa, les mots : « et entreprises » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements » ;

2° À la fin du deuxième alinéa, les mots : « ou l'entreprise » sont remplacés par les mots : « , l'entreprise ou l'établissement ».

II. - Les A et C du I sont applicables à la contribution due à compter du 1^{er} janvier 2013. Le B du même I est applicable à compter de l'exercice 2012.

b. Rapport n° 107 déposé le 7 novembre 2012, de M. DAUDIGNY

- Article 12 (art. L. 651-1, L. 651-2-1 et L. 651-5 du code de la sécurité sociale) - Modernisation et simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur des assurances et clarification de l'affectation du produit des placements financiers de cette contribution

Objet : Cet article vise à adapter la définition du chiffre d'affaires retenu pour l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) dans le secteur des assurances.

I - Le dispositif proposé

Définition de la C3S

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) est depuis son origine, en 1970, un prélèvement exclusivement affecté aux organismes de sécurité sociale. Elle est calculée sur le chiffre d'affaires des entreprises lorsque celui-ci est supérieur à 760 000 euros annuels. Le commerce, l'industrie manufacturière et

le secteur financier (banques et assurances) représentent, en montant, 70 % du rendement de la contribution. Son taux est resté inchangé à 0,13 %, mais une contribution additionnelle a été créée par la loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie, au taux de 0,03 %. Au total, le taux de la C3S s'établit donc à 0,16 %.

Le rendement de la contribution est fortement corrélé à l'activité économique. Son évolution a été négative en 2010, avec un dynamisme retrouvé de l'assiette en 2011 et 2012. En 2013, la croissance de rendement attendue est de 1,9 %.

Le produit de la C3S est réparti entre trois affectataires :

- la branche maladie du régime des exploitants agricoles bénéficie d'une quote-part de 30,89 % ;
- le régime social des indépendants (RSI) reçoit le produit de la taxe à concurrence de son déficit comptable constaté au titre des prestations de base ;
- le fonds de solidarité vieillesse bénéficie de l'excédent de la contribution non affectée au RSI.

Le produit de la C3S et sa répartition 2011-2013			
<i>(en millions d'euros)</i>			
	2011	2012	2013
C3S	4 328 M€	4 537 M€	4 624 M€
RSI	2 435 M€	2 885 M€	3 172 M€
Branche maladie du régime des exploitants agricoles	1 325 M€	1 402 M€	1 428 M€
Fonds de solidarité vieillesse	569 M€	250 M€	23 M€
C3S additionnelle	1 046 M€	1 043 M€	1 063 M€
Fonds de solidarité vieillesse	1 046 M€	1 043 M€	1 063 M€
Total	5 374 M€	5 580 M€	5 687 M€
<i>Source : commission des comptes de la sécurité sociale</i>			

L'opportunité d'une réforme de l'assiette pour le secteur financier

Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, le précédent gouvernement avait présenté une réforme de l'assiette de la C3S pour les entreprises du secteur bancaire. Dans le cadre d'opération de contrôle du recouvrement étaient en effet apparues de fortes disparités dans le calcul du chiffre d'affaires, réalisé par les entreprises elles-mêmes, pour le versement de la C3S. La rédaction des dispositions relatives à la C3S donnait alors trop de latitude à ce secteur pour la définition de l'assiette. La réforme, approuvée par votre commission, avait consisté à se référer à la définition du chiffre d'affaires tel qu'il est donné par le code général des impôts pour le calcul de la cotisation sur la valeur ajoutée (CVAE).

Lors des débats au Parlement, députés et sénateurs avaient souhaité que soit engagée une même réforme pour le secteur des assurances.

Le présent article procède donc à une réforme de l'assiette de la C3S pour le secteur des assurances. Lors du réexamen des déclarations de C3S d'un échantillon de sociétés d'assurance, ne sont toutefois pas apparues de mêmes disparités d'assiette que dans le secteur bancaire.

Le **droit existant** détermine des assiettes distinctes pour les assurances et les mutuelles ou institutions de prévoyance. La différence entre assurances et mutuelles réside essentiellement, à l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale, dans la référence faite, d'une part, à la comptabilité des entreprises d'assurance, d'autre part, à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.

Le dispositif proposé

Le **A** du **paragraphe I** du présent article modifie l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale. Cet article détermine les redevables de la C3S. La modification, introduite par le présent article, distingue les banques des sociétés d'assurances et définit les redevables du secteur des assurances de manière globale (assurance, capitalisation réassurance, mutuelles, institutions de prévoyance), indépendamment de leur forme juridique.

Le **B** du **I** affecte au FSV les produits de trésorerie sur la C3S réalisés par le RSI, qui perçoit la totalité du produit de la contribution pour la réaffecter partiellement aux deux autres bénéficiaires (branche maladie du régime des exploitants agricoles et fonds de solidarité vieillesse) en cours d'exercice.

Le **C** du **I** redéfinit l'assiette de la C3S pour le secteur des assurances. L'assiette est définie de manière commune pour les assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance. La définition du chiffre d'affaires de référence est celle donnée par le code général des impôts pour le calcul de la cotisation sur la valeur ajoutée.

La définition du chiffre d'affaires donné par le 1 du VI de l'article 1586 sexies du code général des impôts

« *Le chiffre d'affaires comprend :*

- *les primes ou cotisations ;*
- *les autres produits techniques ;*
- *les commissions reçues des réassureurs ;*
- *les produits non techniques, à l'exception de l'utilisation ou de reprises des provisions ;*

et les produits des placements, à l'exception des reprises de provisions pour dépréciation, des plus-values de cession et de 95 % des dividendes afférents aux placements dans des entreprises liées ou avec lien de participation, des plus-values de cession d'immeubles d'exploitation et des quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun. »

Cependant, la réalité des métiers de l'assurance conduit à prendre en compte au titre du chiffre d'affaires, pour ce qui concerne les opérations sur devises, leur seul **résultat positif net** (les gains dont sont déduites les pertes).

En outre, comme c'est déjà le cas dans le droit actuel, sont exclus du calcul du chiffre d'affaires l'ensemble des cotisations et primes provenant des contrats complémentaire-santé « responsables et solidaires ».

Le **paragraphe II** du présent article prévoit une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2013 pour ce qui concerne le calcul du chiffre d'affaires de la C3S. L'affectation des produits de trésorerie au FSV vaut à compter de l'exercice 2012.

Le rendement de la mesure est estimé à 55 millions d'euros à compter de 2013, dont 7 millions d'euros au titre des mutuelles.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement visant à ajuster le chiffre d'affaires à la réalité du métier des assurances. Les résultats de certains postes financiers sont, en effet, étroitement liés à la couverture des engagements pris vis-à-vis des assurés.

La modification opérée porte sur deux points. La première consiste à exclure de l'assiette les reprises sur réserve de capitalisation^{7(*)}. La seconde retient pour la catégorie des ajustements sur opérations à capital variable (Acav) le **résultat positif net** (les plus-values nettes des moins-values, et non le résultat brut (les seules plus-values, sans prise en compte des moins-values). Les Acav constituent le support des contrats d'assurance vie investis en unités de compte (obligations, mais aussi actions)^{8(☺)}.

A l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a, de surcroît, adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur approuve une disposition susceptible de clarifier l'assiette de la C3S pour les entreprises du secteur des assurances, d'apporter un rendement supplémentaire aux organismes de sécurité sociale et d'affecter les gains de trésorerie réalisés sur le produit de la contribution au FSV.

Il reste conscient des difficultés à appréhender l'assiette fiscale de la C3S en fonction des réalités économiques du secteur des assurances. Certains postes du compte de résultat sont constitués, de surcroît, de plus-values ou moins-values latentes, qui n'engendrent pas, en tant que tel, de flux financiers. On peut ainsi citer les produits ou pertes de change, ou les ajustements sur les opérations à capital variable (Acav).

Dans ce dernier cas, l'assiette retenue pour la C3S peut avoir un impact significatif pour les entreprises ayant une activité dans le secteur de l'assurance vie. Le tableau ci-dessous montre la difficulté d'appréhender la « bonne assiette » pour les Acav. Ces ajustements varient en plus ou en moins, en fonction de l'évolution des cours du marché « actions ».

L'évolution du CAC 40 et les ajustements Acav							
<i>(en millions d'euros)</i>							
	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
<i>CAC 40 Indice fin d'année</i>	4 715,2	5 541,8	5 614,1	3 218,0	3 936,3	3 804,8	3 159,8
<i>Evolution</i>		17,5%	1,3%	- 42,7%	22,3%	- 3,3%	- 17,0%
Ajustement Acav positif	-	23 457	18 050	8 326	34 047	21 617	12 017
Ajustement Acav négatif	-	- 7 131	- 15 212	- 62 474	- 9 019	- 11 371	- 27 905
Ajustement Acav net	-	16 326	2 838	- 54 148	25 028	10 246	- 15 888
Evolution cumulée depuis le 1/1/2006	-	+ 16 326	+ 19 164	- 34 984	- 9 956	+ 290	- 15 598
<i>Source : entreprises du secteur de l'assurance</i>							

Si l'on examine la période de référence 2005-2011 (ce choix est purement conventionnel, et la prise en compte de 2012 ferait apparaître des résultats différents), on constate que le cumul des ajustements est négatif à hauteur de 15,9 milliards d'euros. Dans la première rédaction de l'article, l'assiette de la C3S (sur ce poste précis) aurait été constituée des **seuls ajustements positifs**, soit 117,5 milliards d'euros. La modification introduite par le Gouvernement permet de **déduire les ajustements négatifs**^{9(*)}, d'où un résultat positif net pris en compte au titre de l'assiette de la C3S sur la période qui aurait été, rétrospectivement, si la nouvelle assiette s'était appliquée, de 54,5 milliards d'euros.

La différence entre le cumul des ajustements (- 15,6 milliards d'euros) et l'addition annuelle des ajustements positifs nets (+ 54,6 milliards d'euros) tient au fait que, pour certains exercices, les ajustements négatifs ont été très supérieurs aux ajustements positifs.

Ce point précis illustre les difficultés à définir le chiffre d'affaires des sociétés d'assurances à retenir pour la C3S. Votre rapporteur croit cependant qu'il est difficile d'aller plus loin que le **point d'équilibre** trouvé par le Gouvernement, sauf à retirer de l'assiette de la C3S certains postes comme les Acav, constitués de plus-values ou de moins-values latentes, au détriment du rendement de la mesure.

Il convient de surcroît d'être attentif, sur ce point, à la **comptabilité de l'assiette de la C3S aux règles communautaires**. Cette contribution doit, en effet, être différenciée clairement d'une taxe sur la valeur ajoutée. La C3S ne doit pas être assimilée à une nouvelle TVA, ce qui ne serait pas compatible avec la sixième directive TVA du 17 mai 1977.

Un arrêté de la Cour de justice des communautés européennes du 27 novembre 1985 a jugé que **la C3S n'était pas contraire à la directive précitée, dès lors qu'elle porte sur le chiffre d'affaires global annuel, et non pas opération par opération**.

Pour ces raisons, votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

c. Avis n°104 déposé le 6 novembre 2012, de M. CAFFET

C. LES MESURES RELATIVES AU « SECTEUR FINANCIER »

1. Simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) (article 12)

L'article 12 du présent projet de loi propose, dans la lignée des mesures adoptées en LFSS pour 2012, **d'harmoniser l'assiette de la contribution sociale de solidarité des entreprises (C3S) appliquée au secteur assurantiel et de compléter les principes de son affectation**.

a) Une clarification de l'assiette de la C3S dans le secteur des assurances

La contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S), créée en 1970, assujettit les entreprises **au taux de 0,13 % de leur chiffre d'affaires lorsque celui-ci dépasse 760 000 euros sur l'année**. La loi du 13 août 2004 relative à la réforme de l'assurance maladie a, par ailleurs, créé la C3S additionnelle au taux de 0,03 % assise sur la même assiette que la C3S « classique ».

Selon les données du ministère chargé du budget, la C3S a concerné près de **300 000 entreprises** en 2011 et présente un rendement de **5,3 milliards d'euros pour la sécurité sociale**.

Son assiette générale est constituée du « *chiffre d'affaires global déclaré à l'administration fiscale, calculé hors taxes sur le chiffre d'affaires et taxes assimilées* ».

(1) Une première clarification de l'assiette de la C3S pour le secteur financier en LFSS pour 2012

Initialement, une base imposable propre au secteur financier avait été adoptée du fait de la spécificité des établissements bancaires. Elle était constituée de l'agrégat « chiffre d'affaires + produits d'exploitation ». Or les produits d'exploitation étant mal définis pour le secteur financier, il en résultait des pratiques hétérogènes selon l'établissement redevable.

Afin de mettre un terme aux différences de pratiques des entreprises du secteur financier et de limiter ainsi les possibilités d'optimisation, **la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 a proposé de clarifier l'assiette de la C3S, et par conséquent, celle de la C3S additionnelle, applicable aux entreprises du secteur financier.**

Pour ce faire, l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale, tel que modifié par la LFSS pour 2012, se réfère désormais à la définition du chiffre d'affaires des établissements de crédit et des entreprises d'investissement donnée par le code général des impôts (1° du III de l'article 1586 *sexies*) et applicable à la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE).

Les opérations sur instruments à terme et sur devises ne sont retenues dans le chiffre d'affaires que pour leur **montant net** (différence positive entre les flux financiers reçus et les flux financiers versés).

Par ailleurs, a été instauré pour ces entreprises un « *dispositif de plafonnement de la contribution* », à l'instar de ce que prévoyait déjà le code de la sécurité sociale pour d'autres activités (article L. 651-3). La C3S est ainsi limitée à 1,6 % du produit net bancaire (PNB - agrégat pouvant se rapprocher de la valeur ajoutée produite).

(2) Une clarification de l'assiette de la C3S pour le secteur des assurances

Lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012, votre rapporteur pour avis avait noté que **les mêmes ajustements pouvaient être envisagés**, comme le suggérait d'ailleurs l'étude d'impact de l'époque, **s'agissant des sociétés d'assurance.**

L'article 12 du présent projet de loi procède à ces ajustements :

1) dans la liste des secteurs assujettis à la C3S, seront désormais distingués, d'une part, le secteur bancaire - qui a fait l'objet de mesures d'ajustement l'année dernière - et, d'autre part, le secteur assurantiel, celui-ci comprenant à la fois les entreprises d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyances, régies par des codes spécifiques ;

2) s'agissant de l'assiette de la contribution, deux modifications sont apportées :

- d'une part, **une assiette unique est introduite pour les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance**, alors qu'aujourd'hui l'article L. 641-5 du code de la sécurité sociale mentionne deux assiettes différentes, l'une appliquée aux sociétés d'assurance, l'autre aux mutuelles et instituts de prévoyance ;

- d'autre part, comme cela avait été fait en LFSS pour 2012 pour les établissements de crédits, **l'assiette de la C3S** se réfère à la définition du chiffre d'affaires des sociétés d'assurance, des mutuelles et des instituts de prévoyance, donnée par le code général des impôts (1 du VI de l'article 1586 *sexies*) et applicable à la cotisation sur la valeur ajoutée des entreprises (CVAE), à savoir :

- « *les primes ou cotisations* ;

- « *les autres produits techniques* ;

- « *les commissions reçues des réassureurs* ;

- « *les produits non techniques, à l'exception de l'utilisation ou de reprises des provisions* ;

- « *et les produits des placements, à l'exception des reprises de provisions pour dépréciation, des plus-values de cession et de 95 % des dividendes afférents aux placements dans des entreprises liées ou avec lien de participation, des plus-values de cession d'immeubles d'exploitation et des quotes-parts de résultat sur opérations faites en commun* ».

La nouvelle assiette de la C3S sera donc plus large que celle en vigueur aujourd'hui, puisque seront dorénavant notamment inclus les ajustements dits ACAV (assurance à capital variable) et les commissions reçues des réassureurs.

Deux aménagements sont, en outre, prévus :

- d'une part, comme pour les établissements bancaires, **les opérations sur instruments à terme et sur devises ne sont retenues dans le chiffre d'affaires que pour leur montant net** (différence positive entre les flux financiers reçus et les flux financiers versés) ;

- d'autre part, est **maintenue l'exclusion**, aujourd'hui en vigueur, **des primes et cotisations provenant de contrats de complémentaire santé « solidaires et responsables » de l'assiette de la C3S.**

b) Une clarification de l'affectation du produit de la C3S

La C3S est affectée au financement des régimes de base du régime social des indépendants (RSI), de la branche maladie du régime des non salariés agricoles et du FSV, selon les principes suivants :

- conformément à l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, **le RSI bénéficie d'une attribution annuelle de C3S dans la limite de son déficit comptable.** Comme l'indique la commission des comptes de la sécurité sociale dans son rapport d'octobre 2012, « *en pratique, et compte tenu du fait que ces régimes n'ont pas d'autorisation d'emprunt, le montant maximum est attribué au RSI (sous forme d'acomptes tout au long de l'année pour répondre au besoin de trésorerie de ces régimes)* » ;

- **le régime complémentaire des entrepreneurs du bâtiment et des travaux publics** bénéficie également, mais dans une moindre mesure, d'une part de C3S pour couvrir ses dépenses ;

- la loi de financement pour 2011 a, quant à elle, prévu **l'affectation à la branche maladie des exploitants agricoles d'une quote-part de C3S de 30,89 %**, afin de compenser les pertes de recettes de la branche consécutives à la suppression de la compensation généralisée maladie (le principal contributeur aux transferts de compensation maladie était le RSI ; la suppression de ce mécanisme a donc conduit à une amélioration de son solde comptable, et par là même, compte tenu du dispositif présenté ci-dessus, une diminution de la C3S nécessaire pour l'équilibrer) ;

- **le FSV bénéficie**, quant à lui, depuis 2011 **de la totalité du rendement de la C3S additionnelle et, le cas échéant, de l'excédent de C3S non affecté** au RSI et à la branche maladie des exploitants agricoles.

Attribution de C3S

(en millions d'euros)

	2011	2012	2013
Ressources (1)	4 328	4 537	4 624
C3S	4 306	4 519	4 605
Produits financiers	22	18	18
Emplois (2)	4 328	4 537	4 624
RSI - maladie	720	985	1 136
RSI - vieillesse commerçants	790	911	930
RSI - vieillesse artisans	882	945	1 063
RCEBTP	32	33	32
Gestion administrative	11	11	11
CCMSA - NSA - maladie	1 325	1 402	1 428
FSV	569	250	23
Solde (1)-(2)	0	0	0

Source : commission des comptes de la sécurité sociale - rapport d'octobre 2012

En revanche, n'a pas été réglée la question de l'attribution des produits financiers résultants des placements de C3S par le RSI, de l'ordre de 20 millions d'euros en 2011 selon l'étude d'impact relative au présent article.

En effet, afin de faire face à d'éventuelles difficultés de recouvrement et de trésorerie, et afin de garantir l'équilibre de ses comptes *via* cette seule ressource, le RSI a mis en réserve, en 2010, 178 millions d'euros.

La question de l'attribution des produits financiers résultant de ces placements ne s'est posée qu'en 2011, date à laquelle ils ont pu être identifiés grâce à des principes comptables clarifiés.

L'article 12 du présent projet de loi propose de **prévoir explicitement l'affectation au FSV**, bénéficiaire du solde de C3S après répartition du produit de cette contribution entre régimes attributaires, **des produits financiers résultant des placements de C3S**. Cette affectation s'appliquerait dès l'exercice 2012.

Outre trois amendements de précision, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du Gouvernement, un amendement tendant à :

- **exclure de l'assiette de C3S les reprises sur réserves sur capitalisation ;**

- **ne comptabiliser, dans le chiffre d'affaires, les ajustements sur opérations à capital variable que pour leur montant net.**

c) La position de votre rapporteur pour avis

Votre rapporteur pour avis approuve ces mesures d'harmonisation techniques qu'il avait, pour partie, appelées de ses vœux à l'automne dernier.

Ces mesures présentent cependant un rendement relativement modeste, de l'ordre de **55 millions d'euros**.

Il convient de noter que le RSI ne bénéficiera pas de cette mesure puisque conformément à l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale, ce régime ne reçoit une attribution annuelle de C3S que dans la limite de son déficit comptable.

d. Compte-rendu des débats – séance du 13 novembre 2012

- Article 12

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

AA (*nouveau*). – Le 4° de l'article L. 135-3 est ainsi rédigé :

« 4° Le solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au second alinéa de l'article L. 651-2-1 ainsi que les produits financiers mentionnés à ce même alinéa ; »

A. – L'article L. 651-1 est ainsi modifié :

1° Le 9° est ainsi rédigé :

« 9° Indépendamment de leur forme juridique, des établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I^{er} à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I^{er} du livre V du même code ; »

2° Après le 9°, il est inséré un 9° *bis* ainsi rédigé :

« 9° *bis* Indépendamment de leur forme juridique, des entreprises ou sociétés d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, des mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, des institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code ou du titre VII du livre VII du code rural et de la pêche maritime ; »

3° Au 10°, la référence : « 9° » est remplacée par la référence : « 9° *bis* » ;

B. – À la première phrase du second alinéa de l'article L. 651-2-1, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « ainsi que les produits financiers générés par les placements de la contribution opérés, le cas échéant, par l'organisme mentionné à l'article L. 651-4 » et les mots : « est affecté » sont remplacés par les mots : « sont affectés » ;

C. – L'article L. 651-5 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après le mot : « assimilées », la fin de la première phrase est supprimée ;

2° Après le troisième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les redevables mentionnés au 9° *bis* de l'article L. 651-1, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du VI de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts, à l'exception des reprises sur réserves sur capitalisation. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux opérations sur devises et aux ajustements sur opérations à capital variable est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories. Ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations individuelles et collectives à adhésion facultative à la condition que l'organisme ne recueille pas d'informations médicales auprès de l'assuré au titre de ce contrat

ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture, que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1, ou de contrats d'assurance maladie relatifs à des opérations collectives à adhésion obligatoire à la condition que les cotisations ou les primes ne soient pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré et que ces garanties respectent les conditions mentionnées au même article L. 871-1, ni les remises qui leur sont versées dans le cadre de leur participation à la gestion d'un régime légal d'assurance maladie et maternité, ni les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité. » ;

3° Les sixième à neuvième alinéas sont supprimés ;

D (*nouveau*). – Le II de l'article L. 651-5-1 est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « et entreprises mentionnées » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements mentionnés » ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « et entreprises assujetties » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements assujettis » ;

E (*nouveau*). – L'article L. 651-5-3 est ainsi modifié :

1° Aux première et seconde phrases du premier alinéa, les mots : « et entreprises » sont remplacés par les mots : « , entreprises et établissements » ;

2° À la fin du deuxième alinéa, les mots : « ou l'entreprise » sont remplacés par les mots : « , l'entreprise ou l'établissement ».

II. – Les A et C du I sont applicables à la contribution due à compter du 1er janvier 2013. Le B du même I est applicable à compter de l'exercice 2012. – (Adopté.)

B. Commission mixte paritaire : désaccord

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée Nationale

a. Amendements discutés en Commission

1 - Amendement adopté

- Amendement AS 128, présenté par M. Gérard Bapt

Dans l'alinéa 3, substituer au mot:

« visé »,

le mot:

« mentionné ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

b. Rapport n°430 déposé le 21 novembre 2012, de M. BAPT

Article 12 (art. L. 135-3, L. 651-1, L. 651-2-1, L. 651-5, L. 651-5-1 et L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale)

Modernisation et simplification de l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés dans le secteur des assurances et clarification de l'affectation du produit des placements financiers de cette contribution

Le présent article vise à clarifier et à harmoniser l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) dans le secteur des assurances.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant cinq amendements :

- un amendement présenté par le Gouvernement, tendant à préciser le périmètre de l'assiette de la contribution en comptabilisant en solde, lorsqu'il est positif, les opérations liées à la valorisation des actifs servant de support à l'assurance vie ;
- trois amendements de conséquence présentés par votre commission des affaires sociales.

*

La Commission adopte l'amendement rédactionnel AS 128 de M. Gérard Bapt, rapporteur, puis l'article 12 modifié.

c. Amendements discutés par l'AN

2 - Amendements adoptés

- AMENDEMENT N°11 présenté par M. Bapt

À l'alinéa 3, substituer au mot :

« visé »,

le mot :

« mentionné ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

- AMENDEMENT N°263 présenté par le Gouvernement

I. – Après l'alinéa 9, insérer les deux alinéas suivants :

« A *bis*. – Le 7° de l'article L. 651-2 est ainsi rétabli :

« 7° Les sociétés d'investissement régies par les articles L. 214-15 à L. 214-19 et L. 214-147 à L. 214-156 du code monétaire et financier ; »

II. – En conséquence, à la première phrase de l'alinéa 22, après la référence :

« A »,

insérer la référence :

« , A *bis* ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à clarifier l'état du droit en matière de contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S).

Il s'agit de confirmer l'exonération dont continuent de bénéficier en pratique les sociétés d'investissement à capital variable ou à capital fixe (SICAV et SICAF). Cette exonération explicite a été supprimée dans le cadre de la loi de simplification et d'amélioration de la qualité du droit alors que telle n'était pas, à l'évidence, l'intention du législateur. Il s'agissait de supprimer des références obsolètes et non de modifier le régime d'assujettissement. Le I du présent amendement propose donc de clarifier la situation et de revenir à la situation antérieure.

Enfin le II du présent amendement précise l'entrée en vigueur de ces dispositions.

- AMENDEMENT N°265 (Rect) présenté par le Gouvernement

Après l'alinéa 14, insérer les sept alinéas suivants :

« 2°*bis* Le quatrième alinéa est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :

« Pour les commissionnaires au sens de l'article L. 132-1 du code de commerce qui s'entremettent dans une livraison de biens ou de services, l'assiette de la contribution est constituée par le montant de leur commission sous réserve que les conditions suivantes soient simultanément remplies :

« 1. L'opération d'entremise est rémunérée exclusivement par une commission dont le taux est fixé au préalable d'après le prix, la quantité ou la nature des biens ou des services ;

« 2. Il est rendu compte au commettant du prix auquel l'intermédiaire a traité l'opération avec l'autre contractant ;

« 3. L'intermédiaire qui réalise ces opérations d'entremise doit agir en vertu d'un mandat préalable et ne jamais devenir propriétaire des biens ;

« 4. Les opérations ne sont pas réalisées par des personnes établies en France qui s'entremettent dans la livraison de biens ou l'exécution des services par des redevables qui n'ont pas établi dans l'Union européenne le siège de leur activité, un établissement stable, leur domicile ou leur résidence habituelle.

« Dans le cas d'entremise à la vente, les commettants des intermédiaires auxquels les cinquième à neuvième alinéas s'appliquent majoraient leur chiffre d'affaires du montant des commissions versées. ». ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à clarifier l'état du droit en matière de contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S).

Il s'agit de définir très clairement les conditions qui permettent à certaines sociétés de bénéficier d'une assiette de C3S particulière. Ces sociétés sont celles qui agissent en tant que commissionnaire et les dispositions afférentes sont celles figurant à l'article 273 octies du code général des impôts qui a été rendu sans objet par la loi du 31 décembre 1993 portant modification de diverses dispositions pour la mise en œuvre de l'accord sur l'Espace économique européen et du traité sur l'Union européenne. Cet article du code général des impôts n'a pas été abrogé mais rendu sans objet, précisément pour les besoins de la C3S, et continue donc de s'appliquer. Néanmoins, cette distinction est source de nombreux contentieux et il apparaît donc pertinent, dans un souci de clarté et d'intelligibilité de la loi, de mentionner, à droit constant, dans les textes régissant la C3S, les conditions permettant de bénéficier de l'assiette spécifique propre des commissionnaires.

d. Compte-rendu des débats – 1^{ère} séance du 26 novembre 2012

- Article 12

M. le président. Sur l'article 12, la commission a présenté un amendement, n° 11.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 11, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 263 du Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, ministre. Cet amendement vise à clarifier la situation des sociétés d'investissement à capital variable ou à capital fixe, les SICAV ou les SICAF. Il s'agit de rétablir l'exonération dont elles continuent de bénéficier en pratique, exonération supprimée par erreur par la loi de simplification et d'amélioration de la qualité du droit.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement a été accepté par la commission.

(L'amendement n° 263 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 265 rectifié.

Mme Marisol Touraine, ministre. L'amendement n° 265 rectifié vise également à clarifier l'état du droit, cette fois en ce qui concerne la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés, dite C3S. Il s'agit des sociétés qui agissent en tant que commissionnaire. Le dispositif proposé prévoit de définir plus clairement les conditions qui permettent à certaines sociétés de bénéficier d'une assiette de C3S particulière, adaptée à la réalité de leur activité économique et donc de lever un certain nombre d'ambiguïtés du droit en vigueur.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission a adopté cet amendement.

(L'amendement n° 265 rectifié est adopté.)

(L'article 12, amendé, est adopté.)

2. Sénat

e. Rapport n°164 déposé le 27 novembre 2012 par M. DAUDIGNY

III. LES DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2013
(TROISIÈME PARTIE)

Sur la troisième partie, l'Assemblée nationale n'a modifié qu'à la marge son texte de première lecture. Elle a repris un nombre limité d'amendements adoptés au Sénat avant le rejet de la troisième partie puis de la totalité du projet de loi. 5 (...)

L'article 12 modernise et simplifie l'assiette de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés (C3S) dans le secteur des assurances. Il clarifie l'affectation du produit des placements financiers de cette contribution. Sur cet article, l'Assemblée nationale a adopté trois amendements en nouvelle lecture : un amendement rédactionnel à l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt et deux amendements du Gouvernement, le premier visant à confirmer l'exonération de C3S dont continuent de bénéficier en pratique les sociétés d'investissement à capital variable ou à capital fixe (Sicav et Sicaf), le second définissant les conditions permettant de bénéficier de l'assiette spécifique de C3S propre aux commissionnaires.

f. Compte-rendu des débats – séance du 29 novembre 2012

g. Texte adopté par le Sénat

Le Sénat a rejeté, en nouvelle lecture, le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.

D. Assemblée Nationale – Lecture définitive

RAS

Décision n° 2012 - 659 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 25 (ex 23 bis)

(Introduction d'une contribution sur les boissons énergisantes)

Article, consolidation, travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article	4
II. Consolidation	5
III. Travaux parlementaires	8

Table des matières

I. Article	4
- (AN NL) Article 25 23 bis	4
II. Consolidation	5
A. Code général des impôts	5
- Article 520 A	5
- Article 520 D	6
B. Code rural et de la pêche maritime	7
III. Travaux parlementaires	8
A. Première lecture	8
1. Assemblée nationale	8
a. Projet de loi	8
b. Rapport n° 302 de M. Bapt	8
c. Amendements	8
d. Amendement AS 260 discuté en commission	8
e. Rapport n°302 de M. Gérard BAPT du 17 octobre 2012, tome 1	10
f. Amendements discutés en séance	11
1 - Amendement n°541 du 19 octobre 2012	11
2 - Sous-amendement n°780 du 25 octobre 2012, relatif à l'amendement n°541	13
3 - Amendement n°603 du 19 octobre 2012 présenté par M. Roumegas, M. Cavard, Mme Massonneau et les membres du groupe écologiste.	13
4 -Sous-amendement n°778 du 25 octobre 2012 à l'amendement n°473 présenté par le Gouvernement	13
5 - Sous-amendement n°746 du 23 octobre 2012 à l'amendement n°473, présenté par M. Bapt et autres	14
6 - Amendement n°473 du 19 octobre 2012 présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales.....	14
7 - Amendement n°581 du 19 octobre 2012 présenté par Mme Massonneau, M. Cavard, M. Roumegas et les membres du groupe écologiste	15
g. Compte-rendu des débats – 1 ^e séance du 23 octobre 2012	16
h. Compte-rendu des débats – 2 ^e séance du 23 octobre 2012	16
i. Compte-rendu des débats – 1 ^e séance du 24 octobre 2012	17
j. Compte rendu des débats - 2 ^e séance du 25 octobre 2012.....	17
2. Sénat.....	25
a. Projet de loi du 6 novembre 2012.	25
b. Rapport n° 107 tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy - Examen des articles	26
c. Avis de la commission des finances n° 104 déposé le 6 novembre 2012 par M. Jean-Pierre Caffet	27
d. Compte-rendu des débats – séance du 14 novembre 2012.....	28
B. Commission mixte paritaire	29
C. Nouvelle lecture	30
1. Assemblée nationale	30
a. Projet de loi de la sécurité sociale pour 2013, adopté par l'Assemblée nationale, rejeté par le Sénat au cours de la séance du 15 novembre 2012, déposé le 15 novembre 2012	30
b. Rapport n° 430 de M. Gérard BAPT, rapporteur de la commission des affaires sociales, portant sur la loi de financement de la sécurité sociale, déposé le 21 novembre 2012	31
c. Amendement N°19 présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (recettes et équilibre général).....	31

d. Compte-rendu des débats – seconde séance du 26 novembre 2012.....	32
e. Projet de loi adopté en Nouvelle lecture par l'Assemblée nationale le 26 novembre 2012	32
2. Sénat.....	33
a. Rapport n°164 de M. Yves DAUDIGNY, rapporteur de la commission des affaires sociales, déposé le 27 novembre 2012	33
b. Compte-rendu des débats - séance du jeudi 29 novembre 2012	33
D. Lecture définitive.....	36
a. Compte-rendu des débats – séance du lundi 3 décembre 2012.....	36
E. Texte adopté.....	37

I. Article

- (AN NL) Article 25 23 bis

I. – La section 6 du chapitre I^{er} du titre III de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts est complétée par un article 520 D ainsi rédigé :

« Art. 520 D. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes destinées à la consommation humaine consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres :

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 50 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au Journal officiel.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1 du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou à une exportation vers un pays tiers acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier du deuxième alinéa du présent IV, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et, dans tous les cas, au service des douanes dont ils dépendent une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnées au même alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. »

II. – Après le 3^o de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 4^o bis ainsi rédigé :

« 4^o bis Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ; ».

II. Consolidation

Légende (pour les articles consolidés)

- ~~texte barré~~ : dispositions supprimées
- **texte en gras** : dispositions nouvelles

A. Code général des impôts

Première Partie : Impôts d'État

Titre III : Contributions indirectes et taxes diverses

Chapitre premier : Boissons

Section VI : Bières et boissons non alcoolisées

- **Article 520 A**

Modifié par Décret n°2012-653 du 4 mai 2012 - art. 1

I. Il est perçu un droit spécifique :

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

1,38 € par degré alcoométrique pour les bières dont le titre alcoométrique n'excède pas 2,8 % vol. ;

2,75 € 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. ;

Par dérogation aux dispositions précédentes, le taux par hectolitre applicable aux bières produites par les petites brasseries indépendantes, dont le titre alcoométrique excède 2,8 % vol., est fixé à :

1,38 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est inférieure ou égale à 10 000 hectolitres ;

1,64 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 10 000 hectolitres et inférieure ou égale à 50 000 hectolitres ;

2,07 € par degré alcoométrique pour les bières brassées par les entreprises dont la production annuelle est supérieure à 50 000 hectolitres et inférieure ou égale à 200 000 hectolitres.

Le tarif du droit spécifique est relevé au 1er janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif est publié au Journal officiel par arrêté du ministre chargé du budget.

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

0,54 € 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 gazeifiées ou non, ne renfermant pas plus de 1,2 % 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.

Les expéditions vers un autre Etat membre de la Communauté européenne et les exportations vers un pays tiers sont exonérées du paiement du droit spécifique lorsqu'elles sont réalisées directement et sans intermédiaire par les personnes mentionnées au premier alinéa ou par une société de distribution.

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

NOTA:

Modifications effectuées en conséquence de l'article 16-I [4°] de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 et arrêté du 22 décembre 2011, art. 1er-III

(...)

- Article 520 D

I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes destinées à la consommation humaine consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres :

1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

2° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

II. – Le taux de la contribution est fixé à 50 € par hectolitre.

Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au Journal officiel.

III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1 du III.

Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou à une exportation vers un pays tiers acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

Pour bénéficier du deuxième alinéa du présent IV, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et, dans tous les cas, au service des douanes dont ils dépendent une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnées au même alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. »

B. Code rural et de la pêche maritime

Livre VII : Dispositions sociales

Titre III : Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles

Chapitre Ier : Financement

Section 1 : Ressources du régime de protection sociale des non-salariés agricoles

Article L. 731-2

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 16 (V)

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 27

Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, est assuré par :

1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;

2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ;

3° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code ;

4° (Abrogé)

4° bis Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ;

5° Une fraction égale à 43,7 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ;

6° (Abrogé)

7° (Abrogé)

8° Une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts ;

9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010,1609 vicies et 1618 septies du code général des impôts ;

10° Une fraction égale à 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale ;

11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ;

12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;

13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche ;

14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;

15° Toute autre ressource prévue par la loi

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi

RAS

b. Rapport n° 302 de M. Bapt

RAS

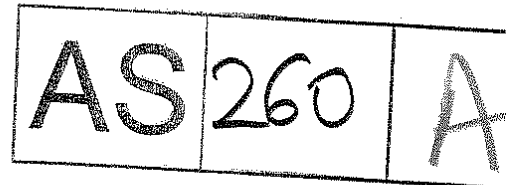
c. Amendements

d. Amendement AS 260 discuté en commission

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2013 (N° 287)

Amendement présenté par M. Gérard Bapt,
rapporteur pour les recettes et l'équilibre général,
Mmes Gisèle Biemouret, Kheira Bouziane, Fanélie Carrey-Conte, Martine
Carrillon-Couvreur, Marie-Françoise Clergeau, M. Jean-Marc Germain,
Mme Linda Gourjade, M. Jérôme Guedj, Mmes Joëlle Huillier, Sandrine Hurel,
MM. Christian Hutin, Michel Issindou, Mmes Chaynesse Khirouni, Annie Le
Houérou, Ségolène Neuville, M. Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Denys
Robiliard, Mme Barbara Romagnan, MM. Gérard Sebaoun, Olivier Véran et les
commissaires du groupe SRC

Après l'article 23



Insérer l'article suivant :

I.– La section VI du chapitre I^{er} du titre III de la deuxième partie du livre I^{er} du code général des impôts est complétée par un article 520 D ainsi rédigé :

« Art. 520 D. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 mg de caféine pour 1 000 ml ou un seuil minimal de 300 mg de taurine pour 1000 ml, destinées à la consommation humaine

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Contenant des sucres ajoutés ;

« 3° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

II.– Le taux de la contribution est fixé à 200 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au *Journal officiel*.

« III.– 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV.– Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays

Cette mesure contribue donc à renforcer la politique de santé publique menée par le Gouvernement, notamment vis-à-vis des plus jeunes.

Adopté

e. Rapport n°302 de M. Gérard BAPT du 17 octobre 2012, tome 1

La Commission est saisie de l'amendement AS 260 de M. BAPT, rapporteur, tendant à insérer un article additionnel après l'article 23.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de mettre en place une taxe spécifique sur les boissons énergisantes, qui posent un problème de santé publique. Mme Bachelot avait bien tenté de s'opposer à la mise sur le marché des boissons contenant de la taurine, mais elle a perdu son bras de fer contre la Commission européenne. Ces produits sont sous la surveillance des agences de sécurité alimentaire parce que, mélangés à des boissons alcoolisées, leur consommation peut avoir des conséquences dramatiques, allant jusqu'au décès. Nous proposons donc de les taxer davantage que les sodas, en les ciblant précisément.

M. Bernard Accoyer. Outre le soin méthodique qu'apportent le Gouvernement et sa majorité à ce que toutes les catégories de Français soient concernées par ce projet de loi de financement, il faut noter que, une nouvelle fois, nous allons nous éloigner des réglementations européennes. Mais la France ne s'en sortira pas mieux en se singularisant.

M. Jean-Pierre Door. Qu'espérez-vous de cette taxe ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Une dizaine de millions d'euros, environ, mais la consommation étant très dynamique, soutenue par une publicité très active, comme le sponsoring par l'une des marques concernées des exploits d'un parachutiste, la recette associée devrait l'être aussi.

M. Gérard Sebaoun. Je vous signale un rapport de l'Institut national de santé publique du Québec – une référence –, qui consacre 150 pages sur le sujet. Sans dénoncer une toxicité massive, cet institut lance une mise en garde contre ces boissons dont les ventes connaissent une explosion. Aujourd'hui, les marques, comme Red Bull, utilisent les manifestations et les sports extrêmes comme une vitrine, poussant ainsi les jeunes à la surconsommation. Ce sont d'ailleurs les 15-30 ans qui en sont les plus gros consommateurs. Compte tenu de leurs effets secondaires importants, l'Agence nationale de sécurité sanitaire – ANSES – a mis ces produits sous surveillance. Ils demeurent un problème de santé publique, d'autant qu'ils sont couramment mélangés à de l'alcool, et même désormais vendus sous cette forme. Il n'y a pas de raison que ces produits à risque ne soient pas taxés.

Mme Monique Iborra. Je suis plus choquée que la réglementation européenne nous ait imposé la mise sur le marché de telles boissons, que par le fait que nous nous en écartions. La nocivité de ces boissons associées à l'alcool est prouvée, mais leur taxation ne nous exonérera pas du devoir d'informer les jeunes et leurs parents.

M. Michel Liebgott. Le Guronsan contient déjà 50 milligrammes de caféine. Autrement dit, le Red Bull peut avoir des effets secondaires importants, comme la tachycardie.

Étant également l'élu d'un département frontalier, monsieur Accoyer, je vous invite à venir voir au Luxembourg ces magasins aux murs entièrement tapissés de tabac ou d'alcool, et qui ne vendent rien d'autre. Eh bien, mieux vaut être en avance qu'en retard !

M. Arnaud Robinet. Nous partageons le constat sur les méfaits de l'alcool chez les jeunes. Mais taxer les boissons énergisantes ne suffira pas ; il faut mener auprès d'eux une véritable politique de prévention, contre l'alcool, contre les stupéfiants. C'est pourquoi nous nous sommes insurgés contre les propos du ministre de

l'éducation nationale sur la dépénalisation du cannabis. Travaillant à l'hôpital dans un service de toxicologie qui analyse des prélèvements sanguins, je sais quels mélanges les jeunes peuvent ingurgiter, démultipliant ainsi les effets de l'alcool, de la drogue, ou autre. Il faut en la matière une véritable politique de santé publique.

J'anticipe vos reproches concernant notre inaction, mais nous n'avons pas pu tout faire en cinq ans. Cela dit, nous sommes prêts à travailler de façon constructive avec la majorité actuelle pour faire des propositions en vue d'une loi de santé publique.

M. Bernard Accoyer. La politique menée a des effets désastreux sur les départements frontaliers. C'est ainsi que prospère une véritable contrebande de cigarettes qui n'est pas sans conséquences sur la santé publique, puisqu'elles font parfois l'objet de contrefaçons. Les mêmes phénomènes se produiront si, parce que nous sommes les plus intelligents et les plus forts, nous sommes les seuls en Europe à instaurer ce type de taxe. Je ne comprends pas ce refus de la convergence européenne, pourtant prônée par les responsables gouvernementaux.

M. Christian Paul. Le comique de répétition a ses limites. Menacer la France d'une contrebande de boissons énergisantes n'est pas sérieux.

M. Jean-Pierre Door. On connaît bien la France rurale !

M. Christian Paul. Je ne suis pas sûr que vous connaissiez celle qui est la plus défavorisée.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Il y a une chose dont je suis sûre, c'est que nous connaissons mieux la jeunesse que vous !

M. Gérard Bapt, rapporteur. À l'occasion de la mission d'information sur le Mediator, nous avons découvert que certains étudiants en consommaient pour préparer leurs examens car il était de nature amphétaminique.

Mme Bachelot a dû plier devant les règles européennes car il s'agissait non d'un médicament – à la commercialisation duquel il est toujours possible, même s'il est autorisé à l'échelle européenne, de s'opposer au plan national, grâce au non-remboursement par la sécurité sociale – mais d'une substance alimentaire. Nous n'avons donc que l'outil fiscal à notre disposition.

En ce qui concerne l'information et l'éducation, elles risquent de peser peu face à la notoriété des exploits qui servent de support publicitaire. Toutefois, cela ne doit pas nous dissuader d'utiliser la taxation.

Bien entendu, il faudra une loi de santé publique. La dernière remonte à 2004, son actualisation était prévue en 2009, et nous la réclamons depuis.

La Commission **adopte** l'amendement AS 260.

f. Amendements discutés en séance

1 - Amendement n°541 du 19 octobre 2012

Amendement présenté par M. Germain, M. Bapt, Mme Biémouret, Mme Bareigts, Mme Bouziane, Mme Carrey-Conte, Mme Carrillon-Couvreur, Mme Clergeau, Mme Gourjade, M. Guedj, Mme Huillier, Mme Hurel, M. Hutin, Mme Iborra, M. Issindou, Mme Khirouni, Mme Le Houerou, M. Liebgott, Mme Neuville, M. Paul, Mme Pinville, M. Robiliard, Mme Romagnan, M. Sebaoun, M. Veran et les membres du groupe socialiste, républicain et citoyen.

I. – Après l'article 520 C du code général des impôts, est inséré un article 520 D ainsi rédigé :

« Art. 520 D. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 mg de caféine pour 1 000 ml ou un seuil minimal de 300 mg de taurine pour 1000 ml, destinées à la consommation humaine :

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Contenant des sucres ajoutés ;

« 3° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

II. – Le taux de la contribution est fixé à 50 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au Journal officiel.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1 du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou à une exportation vers un pays tiers, acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier des dispositions de l'alinéa précédent, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et dans tous les cas au service des douanes dont ils dépendent, une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnée à l'alinéa précédent. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. »

II. – Après le 3° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, il est rétabli un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ; ».

Exposé sommaire

L'amendement propose de mettre en place une taxe spécifique sur les boissons énergisantes contenant un seuil minimal de 220 mg de caféine pour 1 000 ml ou un seuil minimal de 420 mg de taurine pour 1000 ml.

Ces boissons favorisent l'alcoolisme des jeunes. Le plus souvent, ils mélangent l'alcool avec ces boissons énergisantes, qui masquent le goût et les font tenir plus longtemps. Ce qui les pousse à consommer davantage d'alcool. Ce cocktail détonnant correspond au *binge drinking* (« ivresse express »), très en vogue chez les jeunes.

Depuis la mi-2008, la surveillance des boissons énergisantes par l'Institut de veille sanitaire (INVS), puis par l'ANSES (Agence de sécurité sanitaire de l'alimentation) a permis de signaler 30 cas d'ordre cardiologique (dont 2 cas mortels récents), crises d'épilepsie ou psychiatriques souvent consécutifs à la consommation d'alcool.

En effet, environ 40 millions de litres de ces boissons dites « énergisantes » sont consommés chaque année dans notre pays et leur taxation est actuellement similaire à celle d'un soda.

Ainsi, il est proposé de mettre en place une contribution spécifique sur les boissons énergisantes. L'amendement vise à dissuader le consommateur – souvent des adolescents – de consommer à l'excès des « boissons énergisantes » riches en caféine et/ou taurine, qu'ils mélangent fréquemment avec de l'alcool.

Cette mesure contribue donc à renforcer la politique de santé publique menée par le gouvernement notamment vis à vis des plus jeunes.

2 - Sous-amendement n°780 du 25 octobre 2012, relatif à l'amendement n°541

Amendement présenté par le Gouvernement.

Est supprimé l'alinéa 4.

Exposé des motifs

Rien ne justifie de limiter le champ de la taxe sur les boissons énergisantes aux seules boissons contenant des sucres ajoutés. Tel est l'objet du présent sous-amendement.

3 - Amendement n°603 du 19 octobre 2012 présenté par M. Roumegas, M. Cavard, Mme Massonneau et les membres du groupe écologiste.

Après l'article 23, insérer l'article suivant:

À la première phrase du II de l'article 520 C du code général des impôts, le montant :« 7,16 €» est remplacé par le montant : « 10,74 €».

Exposé des motifs

Cet amendement vise à augmenter la taxe sur les boissons sucrées de 50% afin d'en limiter la consommation. L'augmentation de la consommation non maîtrisée de ces boissons chez les enfants et les jeunes participe à l'augmentation de l'obésité et du diabète et leurs conséquences graves.

L'augmentation des maladies chroniques comme le diabète et des maladies cardio-vasculaires pour lesquelles les liens avec l'obésité ont été largement démontrés ont des conséquences dévastatrices sur notre système de sécurité sociale.

Dans un souci de maîtrise des dépenses publiques, il est essentiel d'agir sur tous les leviers pour ne pas encourager la consommation excessive de ces boissons, particulièrement auprès des publics jeunes.

Rejeté.

4 - Sous-amendement n°778 du 25 octobre 2012 à l'amendement n°473 présenté par le Gouvernement

Après l'article 23 :

Supprimer l'alinéa 4

Exposé des motifs

Rien ne justifie de limiter le champ de la taxe sur les boissons énergisantes aux seules boissons contenant des sucres ajoutés. Tel est l'objet du présent sous-amendement.

Tombé.

5 - Sous-amendement n°746 du 23 octobre 2012 à l'amendement n°473, présenté par M. Bapt et autres

(Mme Biémouret, Mme Bouziane, Mme Carrey-Conte, Mme Carrillon-Couvreur, Mme Clergeau, M. Germain, Mme Gourjade, M. Guedj, Mme Huillier, Mme Hurel, M. Hutin, M. Issindou, Mme Khirouni, Mme Le Houerou, Mme Neuville, M. Paul, Mme Pinville, M. Robiliard, Mme Romagnan, M. Sebaoun, M. Veran et les commissaires membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen)

Après l'article 23 :

À l'alinéa 6, substituer au montant :

« 200 € »

le montant :

« 50 € ».

Exposé des motifs

L'objectif de la nouvelle contribution sur les boissons dites « énergisantes » n'est pas de faire disparaître ces produits du marché mais d'orienter les comportements de santé publique.

6 - Amendement n°473 du 19 octobre 2012 présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales

Article additionnel inséré après l'article 23 :

I. – Après l'article 520 C du code général des impôts, il est inséré un article 520 D ainsi rédigé :

« Art. 520 D. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 mg de caféine pour 1 000 ml ou un seuil minimal de 300 mg de taurine pour 1000 ml, destinées à la consommation humaine.

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Contenant des sucres ajoutés ;

« 3° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail, soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 200 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au Journal officiel.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1° du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen, ou à une exportation vers un pays tiers, acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier des dispositions du précédent alinéa, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et dans tous les cas au service des douanes dont ils dépendent, une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnée au précédent alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. » ;

II. – Après le 4° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ; ».

Exposé des motifs

L'amendement propose de mettre en place une taxe spécifique sur les boissons énergisantes contenant un seuil minimal de 220 mg de caféine pour 1 000 ml ou un seul minimal de 300 mg de taurine pour 1000 ml.

Ces boissons favorisent l'alcoolisme des jeunes. Le plus souvent, ils mélangent l'alcool avec ces boissons énergisantes, qui masquent le goût et les font tenir plus longtemps. Ce qui les pousse à consommer davantage d'alcool. Ce cocktail détonnant correspond au *binge drinking* (« ivresse express »), très en vogue chez les jeunes.

Depuis la mi-2008, la surveillance des boissons énergisantes par l'Institut de veille sanitaire (INVS), puis par l'ANSES (Agence de sécurité sanitaire de l'alimentation) a permis de signaler 30 cas d'ordre cardiologique (dont 2 cas mortels récents), crises d'épilepsie ou psychiatriques souvent consécutifs à la consommation d'alcool.

En effet, environ 40 millions de litres de ces boissons dites « énergisantes » sont consommés chaque année dans notre pays et leur taxation est actuellement similaire à celle d'un soda.

Ainsi, il est proposé de mettre en place une contribution spécifique sur les boissons énergisantes. L'amendement vise à dissuader le consommateur – souvent des adolescents – de consommer à l'excès des « boissons énergisantes » riches en caféine et/ou taurine, qu'ils mélangent fréquemment avec de l'alcool.

Cette mesure contribue donc à renforcer la politique de santé publique menée par le Gouvernement, notamment vis-à-vis des plus jeunes.

Retiré

7 - Amendement n°581 du 19 octobre 2012 présenté par Mme Massonneau, M. Cavard, M. Roumegas et les membres du groupe écologiste

Après l'article 23, est inséré l'article suivant :

Au II de l'article 1613 *bis* du code général des impôts, le montant : « 11 euros » est remplacé par le montant : « 22 euros ».

Exposé des motifs

Cet amendement vise à augmenter la taxe sur les boissons dites « prémix ». Il s'agit d'un mélange préalable de boissons ayant un titre alcoométrique acquis n'excédant pas 1,2 % vol. et de boissons alcooliques définies aux articles 401, 435 et au a) du I de l'article 520 A du code général des impôts.

Ces boissons, très prisées par les jeunes en soirée ont un impact doublement négatif pour la santé. D'une part car elles sont constituées d'alcool fort qui, ajouté au « soft », donne l'impression d'une boisson peu voire non alcoolisée, poussant ainsi à la consommation à outrance ; d'autre part car elles sont généralement composées de boissons à haut taux de sucre, donnant ainsi un cocktail hautement néfaste en matière de santé et notamment facteur d'obésité.

Depuis la Loi n°2009-1674 du 30 décembre 2009, le tarif de la taxe sur ces boissons est fixé à 11 euros par décilitre d'alcool pur. Il est proposé dans cet amendement de doubler cette taxe et la porter ainsi à 22 euros, dans un objectif de santé publique et de dissuasion vis-à-vis des jeunes.

Retiré

g. Compte-rendu des débats – 1^e séance du 23 octobre 2012

Présentation du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 par Madame la ministre des affaires sociales et de la santé, Marisol Touraine.

Mme Marisol Touraine, *ministre des affaires sociales et de la santé*. Madame la présidente, madame la ministre déléguée chargée de la famille, madame la ministre déléguée chargée des personnes âgées et de l'autonomie, madame la ministre déléguée chargée des personnes handicapées et de la lutte contre l'exclusion, monsieur le ministre délégué chargé du budget, madame la présidente de la commission des affaires sociales, monsieur le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, monsieur le rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, madame la rapporteure pour le secteur médico-social, monsieur le rapporteur pour l'assurance vieillesse, madame la rapporteure pour la famille, madame la rapporteure pour avis de la commission des finances, mesdames et messieurs les parlementaires, c'est pour moi un véritable honneur que de vous présenter aujourd'hui le premier projet de loi de financement de la sécurité sociale de gauche depuis dix ans dans notre pays (...)

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Je me réjouis que, dans ce domaine, la commission ait pris ses responsabilités. Par ailleurs, le rapporteur Gérard Bapt propose une taxe sur les boissons énergisantes, dont la consommation a augmenté de 16,2 % en un an, et que l'Institut national de veille sanitaire comme l'Agence de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail ont placées, à juste titre, sous surveillance.

En effet, ces boissons énergisantes contribuent à accentuer le culte de la performance dans notre société et donnent l'habitude aux plus jeunes de prendre des substances pour toujours se surpasser. Que ce soit la prise d'alcool – notamment la bière – pour entrer dans la fête ou la prise de boisson énergisante pour être toujours plus performant, ces produits font tomber peu à peu ces jeunes dans des comportements addictifs aux produits. Ce n'est plus tolérable. Certes une taxe ne suffira pas, mais c'est un début, une manière de dire « stop » à ces industries.

h. Compte-rendu des débats – 2^e séance du 23 octobre 2012

Mme Dominique Orliac. Je relève cependant que ce budget ne compte, à mon sens, pas assez de mesures structurelles, pourtant jugées indispensables par l'IGAS et l'inspection générale des finances, mais un ensemble de mesures traditionnelles, des propositions classiques d'ajustement avec, une nouvelle fois, des économies faites sur le médicament. Nous attendions pourtant une vraie réforme structurelle, notamment sur les modes de prélèvement et sur l'ensemble du dispositif (...)

J'ajoute que nous soutenons la taxe sur les boissons énergisantes proposée par Gérard Bapt. J'avais d'ailleurs moi-même attiré, il y a un certain temps, l'attention de Mme la ministre sur les dangers de la taurine dans une question écrite.

M. Jean-Marc Germain. Progrès pour la santé, enfin, avec un ONDAM augmenté de 4,6 milliards d'euros. La dégradation de la santé des étudiants nous inquiète également : ils sont deux fois plus nombreux que le reste de la population à ne pas être couverts par une mutuelle. Nous souhaitons également des avancées dans ce domaine. Exonération de la taxe sur les mutuelles étudiantes, développement du tiers payant intégral, quelle est la meilleure manière d'y parvenir ? Ce sera l'un des débats que nous souhaitons avoir dans les heures qui viennent.

Porteur de progrès, ce PLFSS 2013 engage aussi les grandes réformes de structure nécessaires, à commencer par la réforme de l'organisation de l'offre de soins. Il n'y a pas d'autre voie pour préserver l'excellence de notre système de santé, comme l'a excellemment dit Christian Paul cet après-midi. Il faut notamment l'adapter à la montée des pathologies chroniques liées au vieillissement de la société et aux nouvelles attentes des patients (...)

Enfin, pour des raisons de santé publique, ce PLFSS augmente à juste titre les droits d'accise sur le tabac et la bière. Dans le même esprit, le groupe socialiste proposera également une contribution sur les boissons énergisantes à haute teneur en caféine et en taurine. Je salue la perspicacité de Gérard Sebaoun et du rapporteur Gérard Bapt, qui sont à l'initiative de cet amendement. (*Applaudissements sur les bancs du groupe SRC.*)

Mme Véronique Massonneau. Madame la présidente, mesdames les ministres, madame la présidente de la commission, mesdames et messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, il y a quelques jours, une enquête du Centre d'études et de connaissance sur l'opinion publique et de l'institut CSA nous a appris qu'un Français sur cinq renonce plus souvent qu'auparavant aux soins ou les retarde. En outre, 19 % des jeunes n'ont pas de complémentaire santé et la plupart d'entre eux, faute de moyens, privilégie l'automédication. C'est dire si la question de l'accès aux soins doit devenir prioritaire dans nos politiques de santé (...)

Malgré cela, il nous faut être réalistes et objectifs : ce texte peut encore être amélioré. La commission a permis quelques avancées, en particulier dans le domaine de la santé publique, avec la taxe sur les boissons énergisantes ou l'exonération de taxe spéciale sur les conventions d'assurance pour les étudiants, afin de garantir l'accès aux soins à cette population en situation précaire.

i. Compte-rendu des débats – 1^e séance du 24 octobre 2012

M. Jérôme Cahuzac, ministre délégué. L'augmentation de l'allocation de rentrée scolaire est financée par un transfert entre familles. Il ne s'agit donc pas d'une amputation de crédits qui se ferait au détriment des familles mais simplement d'un déplacement de l'ordre de 450 à 480 millions d'euros des ménages les plus aisés – pas forcément riches – vers les plus défavorisés (...)

Les orateurs de la majorité ont exposé plus particulièrement certaines de nos mesures, à commencer par la taxe sur les boissons énergisantes. À cet égard, je tiens à remercier Gérard Bapt et Gérard Sebaoun pour leur initiative, qui a été largement soutenue, ainsi que Dominique Orliac et Véronique Massonneau. Comme Marisol Touraine l'a indiqué, le Gouvernement est particulièrement intéressé par cette disposition de santé publique.

j. Compte rendu des débats - 2^e séance du 25 octobre 2012

M. Bernard Accoyer. Sans revenir sur le financement d'un dispositif qui concerne ceux de nos compatriotes qui ont besoin d'être aidés pour accéder à des soins dans des conditions satisfaisantes, je ferai remarquer à la représentation nationale et à vous-même, madame la ministre, que nous sommes en train de glisser vers une fiscalité dite diététique. Ce choix peut certes s'expliquer, mais, au pays de l'agriculture, au pays de l'agroalimentaire, au pays de la gastronomie, nous ferions bien de comprendre qu'après les boissons sucrées et les boissons énergisantes viennent les substances grasses, les substances salées, etc.

Nous sommes face à une dérive étonnante qui me paraît procéder de cette mécanique terrible qui consiste à taxer tout ce qui peut l'être. C'est une spécificité nationale, qui fait que la vie est plus chère en France qu'ailleurs pour le consommateur, pour le salarié, pour le retraité. De même, la production y est plus chère qu'ailleurs, tout cela se traduisant par des charges supplémentaires ou des parts de marchés moindres pour les entreprises. En réalité, il vaudrait mieux faire des économies dans des secteurs bien ciblés (...)

M. Arnaud Robinet. Madame la ministre, souffrez et comprenez, s'il vous plaît, que nous ayons des positions différentes des vôtres ! En aucun cas Bernard Accoyer n'a remis en cause le principe de solidarité. Il vous a simplement mise en garde contre les taxes frappant certains produits alimentaires, les boissons sucrées, les boissons énergisantes, contre une déviance qui pourrait vous amener, par exemple, à taxer le foie gras parce qu'il est trop gras, le champagne parce qu'il fait trop de bulles... (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*) Arrêtez, s'il vous plaît, de caricaturer les propos de l'opposition ! Nous sommes là pour débattre de façon constructive ! Ce n'est pas ainsi, madame le ministre, que vous réussirez à nous clouer le bec. Nous resterons dans l'hémicycle pour débattre de ce PLFSS. Vous arrivez peut-être à faire partir certains membres de votre cabinet (*Protestations sur les bancs du groupe SRC*), mais les députés de l'opposition resteront présents malgré vos attaques constantes.

(...)

Après l'article 23

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas, pour soutenir l'amendement n° 603.

M. Jean-Louis Roumegas. Cet amendement vise à augmenter de 50 % la taxe sur les boissons sucrées. Une étude récente démontre que leur consommation excessive chez les enfants et les jeunes participe au développement de l'obésité, et subséquemment du diabète et autres conséquences graves.

Le développement des maladies chroniques comme le diabète et des maladies cardio-vasculaires, dont les liens avec l'obésité ont été largement démontrés, a en outre des conséquences dévastatrices sur notre système de sécurité sociale. Une étude parlementaire a estimé le coût annuel de l'augmentation de l'obésité entre 10 et 15 milliards.

Il est donc établi que ces boissons posent des problèmes à la fois sanitaires et financiers. De ces deux points de vue donc, il est indispensable de relever la taxe sur les boissons sucrées dont la plupart des associations, au moment de son instauration, avaient relevé la faiblesse, même si elles la considéraient comme un signal positif.

Cette proposition est cohérente avec l'ensemble des mesures défendues par le Gouvernement dans ce PLFSS. J'avais déposé un autre amendement visant à encadrer la publicité, mais qui ne sera pas examiné car il a été considéré comme un cavalier. Je reviendrai dessus dans des débats ultérieurs de cette assemblée, mais l'objectif, là encore, est de donner un signal clair. On ne peut pas d'un côté demander aux médecins de faire de la pédagogie contre l'excès de boissons sucrées – et en l'occurrence, on peut vraiment parler d'excès : une étude a montré que certains enfants absorbaient ainsi 700 kilocalories supplémentaires par jour ! – et de l'autre persister à en encourager la consommation. Non seulement ces boissons sont en elles-mêmes particulièrement nocives, mais elles dissuadent les jeunes d'en consommer d'autres qui, elles, sont saines et nécessaires à leur équilibre.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, *rapporteur.* Tout le monde admettra que les boissons trop sucrées concourent à la prévalence de l'obésité, notamment chez les jeunes, et sont très certainement un des facteurs qui expliquent l'épidémie de diabète. Cela dit, vous l'aurez sans doute noté, la vente de boissons sucrées et sodas dans les grandes surfaces s'est orientée à la baisse depuis l'instauration de la taxe par la majorité précédente.

Je vous propose donc, pour le moment, de voir comment évoluent les choses. Ce qui ne vous empêchera pas d'adopter une proposition de loi qui sera très prochainement soumise à notre assemblée, visant à ce que les concentrations en sucre des produits notamment destinés à l'enfance dans les territoires d'outre-mer soit ramenées aux niveaux pratiqués dans l'hexagone. Pour des raisons de goût, paraît-il, ces concentrations sont en effet beaucoup plus élevées, ce qui explique sans doute, au moins pour une part, la fréquence des cas d'obésité et de diabète dans les outre-mer.

Pour ces raisons, et parce que la loi de santé publique annoncée par Mme la ministre contiendra sans doute des dispositions visant à relancer l'action de santé publique dans le domaine de la qualité de l'alimentation, de l'éducation nutritionnelle et de l'éducation au goût, je donne un avis défavorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous engager dans cette voie dès aujourd'hui nous placerait d'abord dans une situation quelque peu paradoxale, dans la mesure où des boissons avec édulcorants ajoutés se retrouveraient plus taxées que des boissons contenant des sucres ajoutés, ce qui ne se justifierait pas.

Ensuite, ces boissons sont fortement taxées depuis le PLFSS pour 2012. Il me semble nécessaire de disposer d'un peu de recul pour pouvoir apprécier l'impact de cette taxe, mise en œuvre depuis moins d'un an, avant de l'augmenter d'un coup de 50 %. Comme l'a indiqué M. le rapporteur, nous aurons l'occasion de faire ces évaluations dans le cadre de la loi de santé publique, avant même le prochain PLFSS. Je vous demande donc de bien vouloir attendre jusque-là. Je vous demande donc de retirer votre amendement, faute de quoi je serai amenée à lui donner un avis défavorable.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. La remarque de Mme la ministre nous conduit à réfléchir aux conséquences de certaines mesures proposées par le Gouvernement ou d'amendements présentés avec un peu trop de légèreté, et qui donnent lieu à un débat parfois indigent. Au gré de nos séances, nous introduisons des dispositions qui complexifient terriblement la législation, la rendent quasiment ininterprétable, et nous écrasons tous les secteurs de taxes et surtaxes en tout genre.

Je l'avais dit lorsque la majorité précédente avait instauré la « fiscalité diététique » : je pense que seule l'éducation sanitaire peut conduire à des changements de conduite diététiques, alimentaires ou d'hygiène de vie. On connaît du reste les conséquences particulièrement graves qu'a eues la taxation instaurée dans le précédent PLFSS sur l'industrie des jus de fruits.

Nous devons vraiment prendre du recul. Nous devons comprendre que nos décisions peuvent avoir des conséquences sociales – en l'occurrence, les produits concernés sont souvent consommés dans des familles au budget extrêmement serré – alors que leurs résultats sanitaires demeurent négligeables : ce n'est pas par une taxe que l'on changera les comportements, mais par un message d'éducation diététique et sanitaire. Nous devons comprendre qu'elles peuvent aussi avoir des conséquences économiques extrêmement graves, et plonger des entreprises dans des situations précaires, voire les condamner à la disparition, tout simplement parce que l'on aura adopté une idée qui paraissait bonne sans y réfléchir plus avant.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Nous parlons depuis ce début d'après-midi de santé publique et la question des boissons sucrées en fait pleinement. Durant la dernière législature, l'Assemblée nationale avait un groupe d'études sur l'obésité, qui faisait un excellent travail, notamment pour ce qui touchait à l'enfant. Jean-Marie Le Guen en était un des piliers. Sur le fond, je suis donc entièrement d'accord avec l'exposé sommaire de cet amendement. Mais ce que je souhaite ardemment, c'est qu'on ne fasse pas du coup par coup. Quand aurons-nous une véritable loi de santé publique, madame la ministre ? Je suis en train de vivre ma troisième alternance et, comme sœur Anne, j'attends toujours !

M. Michel Issindou. Vous ne manquez pas d'air !

M. le président. Monsieur Roumegas, maintenez-vous votre amendement ?

M. Jean-Louis Roumegas. Oui, monsieur le président. J'insiste sur le signal important qu'il s'agit de donner.

M. Bernard Accoyer. Un signal n'est pas un texte de loi !

M. Jean-Louis Roumegas. Toutes proportions gardées et sans vouloir faire de comparaison, il y a un consensus dans ce pays pour donner des signaux très clairs sur les consommations d'alcool, on l'a vu tout à l'heure, et de tabac. Dans quelques années, vous verrez que ce qu'on appelle la malbouffe fera l'objet des mêmes mesures.

M. Bernard Accoyer. C'est ridicule !

M. Jean-Louis Roumegas. Les études scientifiques sont claires : on ne peut pas continuer à tenir pour négligeables les effets de ces boissons sur la santé. On sait qu'ils sont énormes, sans doute aussi énormes que ceux du tabac ou de l'alcool,...

M. Bernard Accoyer. Mais oui, c'est ça ! Et pourquoi pas arrêter de respirer, avec cet air plein de microbes !

M. Jean-Louis Roumegas. ...même s'ils sont beaucoup plus dilués.

Nous appelons donc à un changement de modèle de santé. Il s'agit de mettre en place des mesures de prévention. Je vous ai entendu avec intérêt, madame la ministre, annoncer que ces thèmes seront traités dans une loi de santé publique. Permettez-moi cependant de vouloir donner ce signal, qui me paraît indispensable. On sait que le débat sur la question sera difficile. Il y a des lobbies importants.

M. Christian Paul, *rapporteur*. Ça, c'est sûr ! On est encerclés !

M. Jean-Louis Roumegas. Ils se battent et veulent défendre leurs boissons sucrées. Ils ont osé s'élever contre l'OMS elle-même. Vous pensez bien que, dans le débat national, ils ne vont pas se gêner. On sait comment ils vont agir.

Je tiens donc à ce signal, qui doit être absolument clair. Ce n'est pas aux lobbies industriels de dicter ce que les Français doivent manger.

(L'amendement n° 603 n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n° 473 et 541, qui peuvent être soumis à une discussion commune.

L'amendement n° 473 est l'objet de deux sous-amendements, n° 778 et 746 ; l'amendement n° 541 est l'objet d'un sous-amendement, n° 780.

La parole est à M. le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, pour défendre l'amendement n° 473 de la commission.

M. Gérard Bapt, *rapporteur*. Nous en arrivons à la question des boissons énergisantes. Notre assemblée a déjà eu à en connaître, sans trouver de solution.

L'avant-dernière ministre de la santé, Mme Bachelot, s'était opposée à la commercialisation de ce type de boissons qui contiennent notamment de fortes concentrations de taurine. Malheureusement, Mme Bachelot a dû se plier à l'autorisation de mise sur le marché délivrée au niveau européen. Ces boissons ont donc pu être commercialisées, malgré la résistance, justifiée à mon sens, de Mme Bachelot.

Leur consommation progresse très nettement – plus 16 % l'an dernier – et le mouvement s'est encore accéléré. Cela représente 65 à 70 millions de litres, dont la majeure partie est produite par la marque Red Bull.

Or ces produits énergisants, qui contiennent une forte proportion de taurine, parfois additionnée de caféine, ont été mis sous surveillance par nos agences de sécurité sanitaire, depuis qu'un lien de causalité a été établi entre leur consommation et plusieurs accidents dont ont notamment été victimes des jeunes, qui mélangent ces breuvages avec des boissons alcoolisées dans le cadre de ce qu'on appelle les *binge drinkings*, c'est-à-dire des soirées très, très alcoolisées. On a relevé plusieurs accidents graves, dont deux mortels.

M. Bernard Accoyer. Les *binge drinkings*, c'est de l'alcoolisation rapide.

M. Gérard Bapt. Alcoolisation rapide, si vous voulez. M. Accoyer est plus compétent que moi sur ce thème.

M. Arnaud Robinet. Il participe !

M. Gérard Bapt, *rapporteur*. Qui sait ? *(Sourires.)*

M. Bernard Accoyer. Je suis la société, monsieur le rapporteur, j'ai été élevé au bisphénol ! *(Sourires.)*

M. Gérard Bapt, *rapporteur*. Non, monsieur Accoyer, ce n'est pas votre génération qui a connu le bisphénol au berceau, c'est venu plus tard ! *(Sourires.)*

Cela dit, pour manifester notre préoccupation et pour signifier que ces boissons entrent dans le champ de ceux qui peuvent présenter un danger pour la santé, au même titre, donc, que les boissons alcoolisées, la commission des affaires sociales avait adopté, à mon initiative, cet amendement n° 473 qui vise à percevoir une contribution sur ces produits. J'ai finalement décidé de le retirer, et j'ai expliqué pourquoi lors d'une réunion de au titre de l'article 88, au profit de l'amendement n° 541 de M. Germain, qui propose le même dispositif avec un taux de contribution fixé à 50 euros par hectolitre.

Notre consommation de ces produits augmentant de manière considérable, il faudra, au-delà de la taxation, nous préoccuper de l'information et de l'éducation lors de l'examen de la future loi de santé publique, comme le disait M. Roumegas à propos des boissons sucrées.

(L'amendement n° 473 est retiré et les sous-amendements n° 778 et 746 deviennent sans objet.)

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun, pour soutenir l'amendement n° 541.

M. Gérard Sebaoun. Nous vous proposons de mettre en place une taxe spécifique sur les boissons énergisantes contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres.

Je n'ajouterai pas grand-chose aux propos de Gérard Bapt. Je veux simplement citer Michel Lejoyeux, président de la Société française d'alcoologie : la publicité festive faite à ce type de boisson, dit-il, aide à l'addiction, et c'est bel et bien cette possibilité de déclencher une addiction qui est essentielle. L'idée est donc de taxer ces boissons dangereuses en ce qu'elles constituent une voie vers l'alcoolisme.

Rappelons la réalité à laquelle Gérard Bapt a fait allusion. La France a longtemps résisté – de 1995 à 2008 – à l'introduction de ce type de boissons.

M. Bernard Accoyer, Mais elles étaient autorisées en Europe.

M. Gérard Sebaoun, Effectivement, mais elles n'existaient pas en France jusqu'en 2008, où la pression sur le Gouvernement était telle que Mme Lagarde avait dû consentir à leur introduction. On nous menaçait d'une amende de 300 millions d'euros, ce qui avait fait bondir Mme Bachelot. Nous avons dû reculer, et nous soumettre. Aujourd'hui, la consommation de ces boissons est en expansion, et nous atteindrons bientôt les 130 millions de canettes. Je vous invite donc à soutenir cet amendement.

M. le président, La parole est à Mme la ministre des affaires sociales et de la santé, pour donner l'avis du Gouvernement et soutenir le sous-amendement n° 780.

Mme Marisol Touraine, *ministre des affaires sociales et de la santé*. La taxation des boissons dites énergisantes doit effectivement être examinée avec beaucoup d'intérêt. Ces boissons consommées seules ou en mélange avec de l'alcool ont des effets préoccupants sur la santé : à plusieurs reprises, vous l'avez rappelé, des avertissements ont été lancés, qui ont conduit les autorités françaises à interroger les spécialistes, à lancer des expertises de pharmacovigilance. Plusieurs éléments, sinon un faisceau d'indices nous amènent à penser que l'impact de ces boissons énergisantes sur la santé est plus qu'inquiétant, même si le lien entre la consommation de ces produits et un certain nombre d'accidents ne peut pas être formellement établi, qui amènerait à les retirer du marché.

Ces boissons énergisantes connaissent un réel succès : leur consommation connaît une croissance à deux chiffres. Cela montre l'engouement qu'elles suscitent, notamment chez les jeunes ou auprès d'un public soumis, à un moment donné, à des pressions ou contraintes importantes.

La proposition que vous faites, monsieur le député, doit donc être approuvée. Nous vous proposons un sous-amendement pour la modifier sur un point : il s'agit de pouvoir taxer ces boissons même lorsqu'elles sont « light », c'est-à-dire lorsqu'elles ne contiennent pas de sucre. Avec votre rédaction, la présence de sucre aux côtés de la caféine et de la taurine est nécessaire pour que la boisson puisse être taxée, ce qui ne devrait pas être les cas.

Sous réserve de l'adoption du sous-amendement n° 780, qui tend à supprimer son alinéa 4, le Gouvernement émet un avis favorable sur l'amendement n° 541.

M. le président, Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, *rapporteur*. La commission ne peut qu'être d'accord, puisque le sous-amendement présenté par Mme la ministre ne fait que consolider une mesure que nous appelons de nos vœux.

M. le président, La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer, Cet amendement pose une nouvelle fois le problème de notre attitude vis-à-vis de l'Europe. Nous le savons tous : si la France a été conduite à accepter la commercialisation de la boisson à laquelle vous faites allusion sans la nommer, c'est parce qu'elle était autorisée dans tous les pays de l'Union européenne.

Mais nous, les Français, on est plus intelligents que les autres ! Nous, les Français, on sait mieux ce qui va se passer ! Nous, les Français, on est tellement forts, on voit bien ce qu'il en est aujourd'hui avec nos résultats socio-économiques ! Cette attitude est extrêmement dangereuse, elle va exactement à l'encontre de la nécessaire convergence vers laquelle nous devons tendre en toutes choses. Et nous devons le faire pour les normes, car les normes françaises sont bien souvent plus sévères, plus lourdes, plus contraignantes que dans les autres pays de l'Union européenne et nous rendent moins compétitifs.

Cet amendement illustre une nouvelle fois cette spécificité française, cette arrogance française, alors que rien aujourd'hui, comme Mme la ministre vient de le dire...

M. Christian Paul, *rapporteur*. Cette arrogance française... Le Général apprécierait !

M. Bernard Accoyer, Je vous en prie, monsieur Paul, allez-y, vous avez toujours quelque chose à dire : il est vrai que vous avez des leçons à donner à la terre entière.

M. Jean-Patrick Gille, Et c'est vous qui parlez d'arrogance !

M. Christian Paul, *rapporteur*. C'est un expert qui parle !

M. Bernard Accoyer, Je conclus.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Oui, ce ne serait pas mal !

M. Bernard Accoyer. Cet amendement illustre une spécificité française, et le fait que le Gouvernement le soutienne et le sous-amende me paraît relativement grave : cela montre que la convergence européenne ne fait en rien partie des orientations du Gouvernement.

Compte tenu de la place que vous occupez désormais dans le Gouvernement, madame la ministre, comme votre collègue Cahuzac assis à vos côtés, compte tenu des légitimes ambitions que vous pouvez nourrir au vu du climat actuel, il serait heureux que vous adoptiez une attitude plus constructive vis-à-vis de l'Europe.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marc Germain.

M. Jean-Marc Germain. Je me réjouis que M. Accoyer voie des Premiers ministres partout dans le Gouvernement...

M. Bernard Accoyer. Je n'ai pas dit cela, monsieur Germain !

M. Jean-Marc Germain. Cela montre au moins qu'il en a une haute opinion.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas ce que j'ai dit !

M. Jean-Marc Germain. C'est ce que j'ai compris, et je vous remercie de vos propos.

Cela dit, vous avez posé une question importante et sérieuse, celle de l'harmonisation. Simplement, notre vision est celle d'une harmonisation par le haut. Reconnaissez qu'en matière de santé publique, notre pays est doté d'un excellent système, et je crois que nous pouvons faire œuvre utile dans ce domaine. Nous sommes au sommet des classements mondiaux depuis des années, sous les gouvernements de droite comme sous les gouvernements de gauche. Nous pouvons donc montrer l'exemple.

Quel est donc l'enjeu de cet amendement ? Compte tenu des maigres recettes que cela procurerait, son but n'est pas financier : il s'agit d'adresser un signal, notamment à la jeunesse, de la mettre en garde car ces boissons peuvent conduire à des pratiques addictives qui, elles, sont dangereuses.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumeegas.

M. Jean-Louis Roumeegas. Nous soutenons bien entendu cet amendement. Il va dans le sens de ce que nous défendons concernant les boissons sucrées.

Je suis d'accord avec Mme la ministre : il faut soumettre aussi les boissons qui contiennent des édulcorants à cette taxe. Je rappelle d'ailleurs, puisque la question a été posée tout à l'heure, que la loi sur les boissons sucrées incluait les boissons avec édulcorant, qui ont les mêmes effets perturbateurs sur la santé. On peut simplement regretter que l'amendement déposé aujourd'hui par les députés du groupe SRC soit en retrait par rapport à la disposition adoptée en commission. Il est dommage de réviser à la baisse ses ambitions. Je pense que le signal envoyé par le premier texte était plus fort. Nous voterons néanmoins pour cet amendement.

J'en profite pour annoncer un amendement allant dans le même sens qui sera défendu par ma collègue Véronique Massonneau. J'espère que la conduite de la majorité sera cohérente avec ses valeurs à l'occasion de l'examen de cet amendement que nous proposerons à propos des cocktails dits « prémix ».

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Monsieur le président, je reviens à ma demande d'une nouvelle loi sur la santé publique. Nous avons parlé des boissons sucrées, nous abordons à présent le problème des boissons énergisantes.

Cette série d'amendements, c'est le bouquet ! Avez-vous remarqué qu'il y a trois sous-amendements pour deux amendements ? C'est un record !

Ce refus de mener une politique d'envergure de santé publique me rappelle les danses religieuses de ma région, la Moselle, et notamment la procession dansante d'Echternach : trois pas en avant, deux pas en arrière. C'est pareil ici : mise en route de la machine à taxer, puis rétropédalage ! Et le plus beau, si l'on peut dire, c'est cette discordance entre les amendements proposés par la commission, par Gérard Bapt ou par M. Germain, et les sous-amendements du Gouvernement ! J'ai l'impression qu'il n'y a aucune discussion préalable entre la majorité socialiste à la commission des affaires sociales et le Gouvernement. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe SRC.*) Rassurez-vous : il n'y a aucune honte à cela !

M. Gérard Bapt, *rapporteur*. Qu'est-ce que cela apporte au débat ?

M. Denis Jacquat. Vous faites à nouveau preuve d'impréparation. Il est évident que des questions se posent concernant les boissons énergisantes. Il est évident que l'on recherche de l'argent, et l'on se débrouille pour en trouver un peu partout !

M. Michel Issindou. Ça tourne en boucle !

M. Jean-Marc Germain. Ça n'est pas très énergisant !

M. Denis Jacquat. Je demande donc, une fois de plus, une nouvelle loi sur la santé publique.

Madame la ministre, je souhaiterais que vous organisiez une table ronde sur les boissons énergisantes quand votre loi sera discutée. Cela permettrait de poser les bonnes questions. Roselyne Bachelot les avait posées. Bernard Accoyer, quant à lui, a parlé du problème de l'Europe. Mettons tout cela sur la table ! De cette manière nous ne travaillerons pas avec des informations qui viennent de nulle part, mais avec des informations objectives qui nous permettront, dans un deuxième temps, de prendre de véritables décisions.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Très franchement, monsieur Jacquat, une table ronde sur les boissons énergisantes... Peut-être pourrions-nous éviter, justement, ce genre de démarche !

Nous préparons une loi. Vous avez mentionné vous-même le nombre d'alternances que vous avez vécues. La loi relative à la politique de santé publique, je vous le rappelle, date de 2004. Elle aurait dû être revue en 2009. Nous ne sommes au pouvoir que depuis cinq mois, bientôt six. Nous n'avons pas encore révisé cette loi, mais vous-même ne l'avez pas révisée depuis trois ans. Reconnaissez que votre critique en est un peu faible !

M. Denis Jacquat. Vous avez promis tant de choses !

Mme Bérengère Poletti. Mais ce sera pour quand ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Ce sera donc fait en juillet 2013.

Mme Bérengère Poletti. En 2013, c'est bien !

Mme Marisol Touraine, ministre. Vous m'accorderez, monsieur le député, qu'il m'était difficile d'engager en quelques jours ou en quelques semaines seulement la refonte de la loi relative à la politique de santé publique, d'autant plus que j'ai trouvé ce dossier vide à mon arrivée au ministère ! Si je l'avais fait, vous auriez à juste titre considéré que le Parlement n'aurait pas eu le temps de travailler de façon sereine sur cette affaire.

Je pense que ce sujet doit nous rassembler assez largement. J'ose espérer qu'en matière de santé publique vous ne ferez pas d'opposition idéologique...

M. Denis Jacquat. Jamais !

Mme Marisol Touraine, ministre. ... alors que nous devons nous décider en fonction de l'intérêt de la santé de nos concitoyens.

Je rappellerai quelques données. Contrairement à ce que vous avez l'air d'indiquer, nos partenaires européens se préoccupent beaucoup de l'évolution de la consommation de boissons énergisantes par leurs ressortissants. Dans notre pays, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail a recueilli à ce jour 260 signalements d'effets indésirables, indépendamment d'ailleurs du niveau d'imputabilité de chacun des cas observés. L'ANSES a lancé une consultation afin de connaître les cas identifiés en Europe. Douze États membres de l'Union européenne ont d'ores et déjà répondu, en exprimant une inquiétude particulière au sujet des jeunes de seize à dix-huit ans. La Grèce publiera prochainement un rapport à ce sujet. La Belgique, l'Allemagne et l'Italie ont déjà publié des rapports sur la question des boissons énergisantes, marquant ainsi leur préoccupation à l'égard de certains comportements à risques liés à la consommation de ces boissons.

L'ANSES s'est saisie au mois d'août dernier de cette question. Vous souhaitez la création d'une commission, mais une agence spécialisée existe déjà : c'est largement suffisant ! Cette agence travaille en lien avec l'agence fédérale américaine des produits alimentaires et des médicaments, la *Food and Drug Administration*, qui elle-même enquête sur un certain nombre de décès qui pourraient être imputés à des boissons énergisantes.

M. Denis Jacquat. Les parlementaires pourraient y être associés !

Mme Marisol Touraine, ministre. Nous attendons un avis de l'ANSES pour le mois de février 2013, qui nous amènera peut-être à saisir les instances européennes compétentes et à voir comment une démarche commune peut être engagée. Pour le moment, nous considérons que la consommation de ces boissons fait courir un risque suffisant pour qu'une alerte soit lancée et qu'une politique de dissuasion soit engagée par la taxation – qui, au demeurant, reste limitée.

Les boissons énergisantes sont trop souvent utilisées par des jeunes mélangées à des alcools forts. Ces mélanges détonants sont très nocifs pour la santé des adolescents.

M. le président. La parole est à M. Jean-Marc Germain.

M. Jean-Marc Germain. Je ne peux pas laisser M. Jacquat parler à notre sujet d'impréparation : il faut laisser au travail parlementaire le temps de se dérouler correctement, et je tiens à cet égard à remercier M. le ministre du budget et Mme la ministre des affaires sociales et de la santé.

Nous avons évoqué hier le sujet des particuliers employeurs ; ce sujet en est un autre. Le problème des boissons énergisantes a été posé par nos deux Gérard, MM. Bapt et Sebaoun. Nous avons travaillé ensuite avec le Gouvernement pour fixer le bon niveau de la contribution demandée. Aujourd'hui, Mme la ministre dépose un amendement pour supprimer la mention du sucre parmi les composantes des boissons concernées, de manière à intégrer également les boissons dites *lights*. Tout cela n'est que la marche normale d'un bon travail parlementaire. Pour ma part, je me réjouis que les choses se déroulent de cette manière ! Quant aux différents amendements déposés, vous verrez qu'au final, avec leurs sous-amendements, ils sont identiques.

M. Denis Jacquat. Ça, c'est vrai !

M. Jean-Marc Germain. Notre proposition n'avait besoin que d'un sous-amendement, celle de la commission deux. Mais sur le fond, elles sont identiques. Nous nous réjouissons en tout cas de cette manière de travailler.

M. le président. La parole est à M. Jérôme Guedj.

M. Jérôme Guedj. Je répondrai brièvement à M. Accoyer que j'ai entendu parler tout à l'heure de « l'arrogance » que nous aurions à nous interroger et à nous inquiéter quant aux effets de ces boissons énergisantes.

Si M. Accoyer m'y autorise, je prendrai appui sur une expérience de ma vie antérieure. À la demande de Mme Bachelot, j'ai procédé à l'évaluation du programme national nutrition santé pour le compte de l'IGAS. Mais peut-être n'ai-je pas le droit, sous peine de créer un conflit d'intérêts, de parler des missions que j'ai eu l'honneur de réaliser pour des gouvernements de gauche comme de droite...

M. Bernard Accoyer. Tout à fait...

M. Jérôme Guedj. À l'occasion de l'évaluation du PNNS, nous avons constaté la justesse d'une décision prise dans ce cadre par Roselyne Bachelot et Xavier Darcos. Ces deux ministres ont en effet, par une circulaire du 11 juillet 2008, interdit la vente et la distribution de boissons énergisantes dans les établissements scolaires de France. Était-ce faire preuve d'arrogance, pour un ministre de la santé et un ministre de l'éducation nationale, de prendre une mesure de précaution dans le cadre d'objectifs de santé publics qui doivent être actualisés ?

Plusieurs députés du groupe UMP. Non ! C'était très bien !

M. Jérôme Guedj. Pour ma part, je me félicite que ce sujet fasse partie des priorités de l'indispensable actualisation de la loi relative à la politique de santé publique. Cette actualisation devra par ailleurs approfondir le PNNS que tous nos partenaires européens examinent avec intérêt. (*Applaudissements sur plusieurs bancs du groupe SRC.*)

(*Le sous-amendement n° 780 est adopté.*)

(*L'amendement n° 541, sous-amendé, est adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme Véronique Massonneau, pour soutenir l'amendement n° 581.

Mme Véronique Massonneau. Mon amendement vise à relever la taxe sur les boissons dites « prémix ». Il s'agit de boissons préparées avant la vente, et constituées d'un mélange d'alcool fort et d'un « soft », c'est-à-dire une boisson sucrée sans alcool. Ces produits, dont les jeunes sont très friands, ont un impact doublement négatif sur la santé. D'une part, ils sont souvent dosés de manière à ce que le consommateur n'ait pas l'impression de boire de l'alcool, boive ainsi davantage et se retrouve ainsi dans un état d'ivresse avancée. D'autre part, les boissons sucrées sont employées à haute dose dans la préparation de ces mélanges. Je ne reviendrai pas sur le point de vue des écologistes à l'égard des boissons sucrées : mon collègue Jean-Louis Roumegas l'a très bien exposé à l'instant. Ces cocktails sont particulièrement néfastes pour la santé : aux conséquences de la consommation d'alcool s'ajoutent les risques d'obésité.

Nous proposons donc de doubler la taxe sur ces boissons « prémix », en la faisant passer de 11 euros à 22 euros par décilitre d'alcool pur. Cet amendement vise donc la préservation de la santé publique, notamment celle des jeunes, tout en affectant de nouvelles recettes à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, *rapporteur.* La commission n'est pas favorable à cet amendement, bien qu'il lui paraisse sympathique. Nous avons jugé que les mélanges avec un titre alcoométrique élevé d'alcool avaient été récemment taxés à un niveau suffisant.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. À la vérité, madame la députée, nous avons là l'exemple même d'une taxe, mise en place par les députés de l'ancienne majorité,....

M. Denis Jacquat. C'est exact ! Vous avez d'ailleurs, vous aussi, voté cette taxe.

Mme Marisol Touraine, ministre. En effet.

...qui a très significativement modifié les comportements : les « prémix » ne sont pratiquement plus consommés. On peut donc dire que le fait d'avoir taxé ces mélanges, tout à la fois de très mauvaise qualité et non recommandables pour la santé – il n'y a pas de divergence entre nous sur ce constat – a entraîné l'écroulement de leur consommation.

Je vous demande, madame, de retirer votre amendement. À défaut, je lui donnerai un avis défavorable, pour la simple et bonne raison qu'il n'a plus d'objet. La consommation de ces mélanges s'est déjà évaporée, comme vous le souhaitez, grâce à la mise en place d'une taxe comportementale. Ce qui prouve que les taxes comportementales ont une utilité.

M. Jérôme Guedj. En effet, cela marche très bien !

M. le président. Madame Massonneau, maintenez-vous votre amendement ?

Mme Bérengère Poletti. Elle réfléchit !

Mme Véronique Massonneau. Effectivement, je réfléchis...

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Il faut laisser à Mme Massonneau le temps de la réflexion !

Mme la ministre a parfaitement raison : je me souviens très bien qu'au moment où cette question a été examinée par la commission des affaires sociales, toute la commission a été d'avis de taxer très fort les « prémix » afin de tuer ce problème dans l'œuf. Ce qui fut fait.

Mme Marisol Touraine, ministre. Absolument !

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il faudrait l'expliquer à M. Accoyer !

M. Denis Jacquat. C'est l'exemple même de ce que peut faire une volonté politique de protéger les jeunes.

M. le président. Madame Massonneau, maintenez-vous votre amendement ?

Mme Véronique Massonneau. Non, monsieur le président.

(L'amendement n° 581 est retiré.)

2. Sénat

a. Projet de loi du 6 novembre 2012.

Est transmis l'article 23 bis (nouveau) :

I. - La section 6 du chapitre I^{er} du titre III de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts est complétée par un article 520 D ainsi rédigé :

« Art. 520 D. - I. - Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres, destinées à la consommation humaine :

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

« II. - Le taux de la contribution est fixé à 50 €par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre

suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au *Journal officiel*.

« III. - 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. - Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1 du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou à une exportation vers un pays tiers acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier du deuxième alinéa du présent IV, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et, dans tous les cas, au service des douanes dont ils dépendent une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnées au même alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. - La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. »

II. - Après le 3° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ; ».

b. Rapport n° 107 tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy - Examen des articles

Article 23 bis (art. 520 D du code général des impôts) - Introduction d'une contribution sur les boissons énergisantes

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à instaurer une contribution sur les boissons énergisantes.

I - Le dispositif proposé

A l'initiative de nos collègues députés Gérard Bapt et Jean-Marc Germain, l'Assemblée nationale a adopté, avec l'avis favorable du Gouvernement, le présent article additionnel visant à créer une contribution sur les boissons énergisantes.

Le présent article crée à l'article 520 D du code général des impôts ladite contribution.

Le paragraphe I de l'article 520 D nouveau définit les boissons énergisantes comme celles consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 mg pour 1 litre ou de 300 mg de taurine pour 1 litre.

Les boissons énergisantes concernées relèveraient des codes NC 2009 (jus de fruit) et NC 2202 (eaux minérales et gazéifiées additionnées de sucres ou d'autres édulcorants) du tarif des douanes.

Ainsi, bien que contenant, par définition, un taux de caféine significatif, le café ou les produits à base de café ne seraient pas concernés par la taxe. On peut estimer le taux de caféine dans le café, à environ 1 260 mg pour 1 litre. Les sodas ne seraient pas non plus visés, en raison du seuil retenu (220 mg pour 1 litre) : le taux de caféine qu'ils contiennent est inférieur.

Le paragraphe II détermine le taux de la contribution. Il le fixe à 50 euros l'hectolitre. Dans une version antérieure, nos collègues députés proposaient un tarif de 200 euros l'hectolitre. Ce tarif est sept fois supérieur à celui de la taxe sur les boissons sucrées et à peu près 50 % supérieur au nouveau taux normal applicable aux bières.

Comparaison des tarifs de taxation de différentes boissons assujettis à des droits de consommation					
<i>(en euros par hl)</i>					
Cidre	Vin	Soda	Bière à 5°	Boisson énergisante	Whisky à 40°
1,27	3,6	7,16	18/36	50	877
<i>Source : tarif des douanes</i>					

Le tarif serait relevé chaque année en fonction de l'indice des prix à la consommation hors tabac.

Le paragraphe III précise les redevables de la nouvelle contribution.

Le paragraphe IV définit le régime applicable aux échanges intra-européens.

Le paragraphe V fixe le régime de recouvrement de la taxe, confié à l'administration des douanes.

La position de votre rapporteur

Votre commission des affaires sociales approuve la démarche tendant à réduire les comportements à risques de la jeunesse en matière de santé publique. Elle a conscience des modes de consommation dangereux liés aux boissons énergisantes, en particulier lorsqu'elles sont associées à des alcools forts. Dans ces conditions, un droit spécifique sur ces boissons apparaît bienvenu.

Reste la définition de l'assiette. Les seuils de taxation doivent être fixés au regard des caractéristiques de l'ensemble des boissons présentes sur le marché afin d'éviter toute rupture d'égalité. Le droit communautaire proscrirait également une taxe visant en priorité des produits majoritairement importés et venant spécialement d'autres pays de l'Union européenne.

Aussi convient-il de définir l'assiette de la nouvelle taxe de la manière plus objective possible. S'il serait peu justifié de taxer des boissons contenant, en définitive, moins de caféine que le café, il est cohérent de pénaliser fiscalement, dans un objectif de santé publique, les boissons qui combinent, avec des doses significatives, la caféine et la taurine. C'est en effet moins ces substances, prises séparément, qui suscitent des risques pour la santé que leur association. Aussi la commission a-t-elle adopté un amendement de votre rapporteur visant à réserver la nouvelle taxe aux boissons contenant un seuil minimal de 220 mg pour 1 litre et de 300 mg de taurine pour 1 litre.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

c. Avis de la commission des finances n° 104 déposé le 6 novembre 2012 par M. Jean-Pierre Caffet

L'Assemblée nationale a adopté un amendement, avec avis favorable du Gouvernement, portant article additionnel à l'initiative de Jean-Marc Germain et des membres du groupe socialiste, tendant à mettre en place une **taxe spécifique sur les boissons énergisantes** contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres.

Le rendement de cette taxe est évalué à **35 millions d'euros**.

Votre rapporteur pour avis approuve le principe de cette mesure. Les boissons dites énergisantes doivent effectivement être examinées avec attention. Ces boissons consommées seules ou en mélange avec de l'alcool ont des effets préoccupants sur la santé.

Comme l'a indiqué la ministre chargée de la santé en séance publique, « *plusieurs éléments, sinon un faisceau d'indices nous amènent à penser que l'impact de ces boissons énergisantes sur la santé est plus qu'inquiétant, même si le lien entre la consommation de ces produits et un certain nombre d'accidents ne peut pas être formellement établi, qui amènerait à les retirer du marché* ».

Comme il l'avait indiqué dans son avis sur le PLFSS pour 2012 s'agissant des taxes comportementales introduites en loi de finances pour 2012 (taxes sur les boissons sucrées, notamment), **le recours au levier fiscal en la matière doit néanmoins s'accompagner d'une politique de prévention de santé publique.**

d. Compte-rendu des débats – séance du 14 novembre 2012

Article 23 bis (nouveau)

I. – La section 6 du chapitre I^{er} du titre III de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts est complétée par un article 520 D ainsi rédigé :

« Art. 520 D. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres, destinées à la consommation humaine :

« 1^o Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2^o Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 50 €par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au Journal officiel.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1 du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou à une exportation vers un pays tiers acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier du deuxième alinéa du présent IV, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et, dans tous les cas, au service des douanes dont ils dépendent une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnées au même alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. »

II. – Après le 3° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 4° bis ainsi rédigé :
« 4° bis Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ; ».

M. le président. L'amendement n° 6, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 2

Remplacer les mots :

ou un seuil

par les mots :

et un seuil

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, . Cet amendement vise à faire correspondre l'assiette de la nouvelle taxe sur les boissons énergisantes avec la réalité de leur contenu. Ces boissons combinent en effet caféine et taurine.

La rédaction proposée permet en outre d'éviter toute rupture d'égalité. En effet, les boissons énergisantes ne contiennent pas plus de caféine que le café. Il est donc important de souligner que le législateur taxe ces boissons pour des raisons de santé publique parce qu'elles additionnent deux excitants, la caféine et la taurine.

C'est le sens que la commission des affaires sociales donne à cette proposition.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le rapporteur général, j'entends bien ce qui motive cet amendement, mais je souhaite vous convaincre qu'il n'est pas nécessaire au regard de l'objectif que vous vous fixez.

Vous souhaitez restreindre l'assiette de la taxe sur les boissons dites « énergisantes » aux produits contenant à la fois de la caféine et de la taurine. Cette proposition pose des difficultés, car elle pourrait ouvrir des voies de contournement. Il y a quelques années, on trouvait sur le marché des boissons dont la teneur en caféine était très élevée. Même si elles ne contenaient pas de taurine – celle-ci n'était pas encore autorisée en France –, elles seraient aujourd'hui considérées comme énergisantes. C'est parce que de nouvelles marques de boissons sont apparues que ces premières boissons ont été retirées du marché par les producteurs. Or elles pourraient très bien réapparaître.

L'article 23 bis renvoie à une définition très précise des boissons visées et de ce que doit être la teneur en telle ou telle substance. Par conséquent, monsieur le rapporteur général, si c'est bien l'enjeu de votre amendement, je vous confirme que, avec la rédaction actuelle, il n'y a pas de risque de voir d'autres boissons pénalisées, notamment le café, que nous aimons tous et dont nous ne pensons pas qu'il soit dangereux ou assimilable à une boisson énergisante. Soyez certain que nous partageons le même objectif.

Je vous demande donc, monsieur le rapporteur général, de bien vouloir retirer cet amendement.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Je le retire, monsieur le président.

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 n°29 rejeté le 15 novembre 2012, Session ordinaire de 2012-2013.

B. Commission mixte paritaire

Echec

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. **Projet de loi de la sécurité sociale pour 2013, adopté par l'Assemblée nationale, rejeté par le Sénat au cours de la séance du 15 novembre 2012, déposé le 15 novembre 2012**

Article 23 *bis* (nouveau) :

I. – La section 6 du chapitre I^{er} du titre III de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts est complétée par un article 520 D ainsi rédigé :

« Art. 520 D. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres, destinées à la consommation humaine :

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 50 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au *Journal officiel*.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1 du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou à une exportation vers un pays tiers acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier du deuxième alinéa du présent IV, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et, dans tous les cas, au service des douanes dont ils dépendent une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnées au même alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. »

II. – Après le 3° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ; ».

b. Rapport n° 430 de M. Gérard BAPT, rapporteur de la commission des affaires sociales, portant sur la loi de financement de la sécurité sociale, déposé le 21 novembre 2012

Article 23 bis

Mise en place d'une contribution spécifique sur les boissons énergisantes

Inséré, parallèlement à une proposition de votre commission des affaires sociales, par amendement de MM. Jean-Marc Germain, Gérard Bapt et les membres du groupe socialiste, républicain et citoyen sous-amendé par le Gouvernement, le présent article met en place une contribution spécifique sur les boissons énergisantes, c'est-à-dire contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine par litre ou de 420 milligrammes de taurine par litre.

Le précédent gouvernement, alerté par les agences sanitaires compétentes de la survenance de troubles graves, et même parfois mortels, d'ordre cardiologique, épileptique ou psychiatrique, avait dû renoncer, sous la pression des autorités européennes, à interdire la vente de ces boissons. Or, elles favorisent l'alcoolisme chez les jeunes, car elles sont le plus souvent mélangées avec des boissons alcoolisées dans un double but : masquer le goût de l'alcool et accroître artificiellement la résistance des consommateurs, en association avec des pratiques de *binge drinking* (« ivresse express »).

Le tarif de cette contribution est fixé à 50 euros par hectolitre. Si son objectif, s'agissant d'une mesure de santé publique, n'est pas de procurer une nouvelle recette aux régimes sociaux, celle-ci sera affectée, comme la quasi-totalité du produit de la fiscalité sur les boissons, à la branche maladie, en l'espèce celle du régime des exploitants agricoles.

*

La Commission est saisie de l'amendement de suppression AS 99 de Mme Bérengère Poletti.

M. Denis Jacquat. Il convient de s'interroger sur l'utilité des taxes comportementales créées sans politique cohérente de santé publique. C'est pourquoi cet amendement vise à supprimer l'article 23 bis.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, la Commission rejette l'amendement AS 99.

c. Amendement N°19 présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (recettes et équilibre général)

ARTICLE 23 BIS

I. – À l'alinéa 2, après le mot :

« énergisantes »,

insérer les mots :

« destinées à la consommation humaine ».

II. – En conséquence, à la fin du même alinéa, supprimer les mots :

« , destinées à la consommation humaine ».

Exposé des motifs

Amendement rédactionnel.

d. Compte-rendu des débats – seconde séance du 26 novembre 2012

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement, n° 177, tendant à supprimer l'article 23 bis.

Mme Bérengère Poletti. Madame la ministre, vous nous avez annoncé que nous pourrions bientôt débattre sur une grande loi de santé publique, que nous attendons tous dans cet hémicycle.

Je pense qu'une démarche comme celle qui sous-tend cet article – je veux parler des taxes « comportementales » – doit être intégrée à une loi de santé publique et non à une loi de finances, sauf à vouloir augmenter les rentrées fiscales. Nous demandons donc la suppression de cet article.

(L'amendement n° 177, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 19.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 19, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 23 bis, amendé, est adopté.)

e. Projet de loi adopté en Nouvelle lecture par l'Assemblée nationale le 26 novembre 2012

Article 23 bis

I. – La section 6 du chapitre I^{er} du titre III de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts est complétée par un article 520 D ainsi rédigé :

« *Art. 520 D.* – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes destinées à la consommation humaine consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres, ~~destinées à la consommation humaine~~ :

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 50 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au *Journal officiel*.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au I du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou à une exportation vers un pays tiers acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier du deuxième alinéa du présent IV, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et, dans tous les cas, au service des douanes dont ils dépendent une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnées au même alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. »

II. – Après le 3° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ; ».

2. Sénat

a. Rapport n°164 de M. Yves DAUDIGNY, rapporteur de la commission des affaires sociales, déposé le 27 novembre 2012

L'article 23 *bis* introduit une contribution sur les boissons énergisantes. Sur cet article, l'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, un **amendement rédactionnel**.

En application de l'article 48 du Règlement du Sénat qui précise que les adjonctions ou modifications apportées après la première lecture doivent être en **relation directe** avec les **dispositions restant en discussion**, votre rapporteur général n'est pas en droit de représenter un amendement portant article additionnel après l'article 23 *bis* et visant à introduire une taxation additionnelle sur l'huile de palme, de palmiste ou de coprah affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Un tel amendement avait été adopté en première lecture par le Sénat, avant le rejet de la troisième partie.

b. Compte-rendu des débats - séance du jeudi 29 novembre 2012

Article 23 *bis*

I. – La section 6 du chapitre I^{er} du titre III de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts est complétée par un article 520 D ainsi rédigé :

« Art. 520 D. – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes destinées à la consommation humaine consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres :

« 1° Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2° Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 50 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au *Journal officiel*.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1 du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou à une exportation vers un pays tiers acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier du deuxième alinéa du présent IV, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et, dans tous les cas, au service des douanes dont ils dépendent une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnées au même alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. »

II. – Après le 3^o de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 4^o *bis* ainsi rédigé :

« 4^o *bis* Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ; ».

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques.

L'amendement n° 46 est présenté par MM. Mézard, Alfonsi, Baylet, Bertrand, C. Bourquin, Collin, Fortassin et Hue, Mme Laborde et MM. Mazars, Placade, Requier, Tropeano, Vall et Vendasi.

L'amendement n° 49 est présenté par MM. Reichardt et Grignon, Mme Keller, M. Lorrain, Mmes Sittler et Troendle et MM. Bockel et Husson.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéa 5

Remplacer le montant :

50 €

par le montant :

200 €

La parole est à M. Jean-Claude Requier.

M. Jean-Claude Requier. Comme en première lecture, nous proposons de porter la taxe sur les boissons énergisantes à 200 euros par hectolitre.

Ces boissons, qui séduisent de plus en plus les Français, principalement les jeunes, présentent un risque avéré pour la santé.

Le dispositif de surveillance des effets indésirables mis en place par l'Institut de veille sanitaire fait état de vingt-quatre cas. Pour treize d'entre eux, un lien de causalité possible ou probable a pu être établi. Les effets rapportés sont d'ordre cardiologique, neurologique et psychiatrique. Bien que le lien n'ait pu être clairement établi, trois cas d'accidents vasculaires cérébraux et deux cas d'arrêts cardiaques, dont un mortel, ont été signalés.

Par ailleurs, de plus en plus de jeunes consommateurs associent parfois les boissons énergisantes, qui ralentissent la sensation d'ivresse, à l'alcool. Ces breuvages peuvent conduire au coma éthylique ou à des actes de violence.

Parce qu'il est important de freiner la consommation de ces boissons, nous proposons donc d'augmenter la taxe de 50 à 200 euros par hectolitre.

M. le président. La parole est à M. André Reichardt, pour présenter l'amendement n° 49.

M. André Reichardt. Dans le prolongement de l'amendement sur l'article 23, qui prévoit l'augmentation des droits sur la bière, l'article 23 *bis* vise à mettre en place une taxe spécifique sur les boissons énergisantes.

Comme vient de le dire M. Requier, nous savons que les boissons énergisantes favorisent l'alcoolisme des jeunes : souvent, ils mélangent l'alcool avec ces boissons, qui masquent le goût et les font tenir plus longtemps. Ce cocktail détonnant correspond au *binge drinking*, dont je peux parler sagement (*Mme. Catherine Procaccia sourit.*), car, je le répète, j'ai commis avec Corinne Bouchoux un rapport d'information sur ce sujet voilà à peine un mois.

Environ 40 millions de litres de ces boissons dites « énergisantes », dont la taxation est actuellement similaire à celle des sodas, sont consommés chaque année dans notre pays !

Mes chers collègues, dans la mesure où notre assemblée a bien voulu accepter de réduire légèrement – trop légèrement à mon sens, mais c'était un compromis – les droits d'accises sur la bière et qu'il faut bien, madame la ministre, compenser cette baisse de recettes, nous proposons de passer de 50 euros à 200 euros par hectolitre la taxe sur les boissons énergisantes.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission, toujours cohérente avec sa position en première lecture, demande le retrait de ces amendements.

Le taux prévu est en effet déjà sept fois supérieur à celui de la taxe sur les boissons sucrées et d'environ 50 % supérieur au nouveau taux applicable sur les bières. La taxe sur les sodas est ainsi de 7,16 euros par hectolitre, alors que la taxe sur les boissons énergisantes prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale est de 50 euros, soit, je le disais, sept fois plus.

Avec la proposition de porter cette dernière taxe à 200 euros, nous arrivons à un cas limite de discussion : ou ces boissons sont tellement dangereuses qu'il faut les interdire ; ou elles ne le sont pas et les taxer à 200 euros paraît complètement disproportionné au regard du régime actuel des taxes sur les boissons.

C'est pourquoi je suggère le retrait de ces amendements ; contre lesquels j'émettrai sinon un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Je demande également le retrait de ces amendements.

La taxation prévue pour les boissons énergisantes est élevée. Il ne s'agit pas en effet de nier la dangerosité de ces boissons, puisque c'est ce qui motive la mise en place d'une taxation. Pour autant, multiplier celle-ci par quatre par rapport à ce qui est prévu dans le texte reviendrait à la porter à un niveau disproportionné.

Il nous semble que le niveau de taxation proposé permettra d'infléchir les comportements, ce que nous pourrions, le cas échéant, vérifier ultérieurement. Pour l'heure, il nous paraît plus judicieux d'en rester au niveau prévu par le texte.

M. le président. Monsieur Requier, l'amendement n° 46 est-il maintenu ?

M. Jean-Claude Requier. Oui, monsieur le président.

M. le président. Qu'en est-il de l'amendement n° 49, monsieur Reichardt ?

M. André Reichardt. Je le maintiens également, monsieur le président.

M. le président. Je mets aux voix les amendements identiques n°s 46 et 49.

(Les amendements sont adoptés.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 23 *bis*, modifié.

(L'article 23 bis est adopté.)

Rejet du texte

D. Lecture définitive

a. Compte-rendu des débats – séance du lundi 3 décembre 2012

M. Jérôme Cahuzac, *ministre délégué chargé du budget*. Madame la présidente, monsieur le rapporteur de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général, mesdames et messieurs les députés, je souhaite rappeler en quelques mots les deux caractéristiques dominantes de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale (...)

Ces remerciements s'adressent également à vous, madame la présidente de la commission des affaires sociales, pour le soin vigilant que vous avez mis à ce que les travaux se déroulent le mieux possible, ainsi qu'au rapporteur Gérard Bapt pour le travail qu'il a fourni et la manière dont il a su éclairer les travaux de l'Assemblée. Deux dispositions lui doivent beaucoup : la première est celle qui consiste à exonérer 2,5 millions de nos compatriotes, retraités modestes, qui ne seront pas affectés par la mise en œuvre de la contribution additionnelle à la solidarité. La seconde démontre son attachement à la santé publique : c'est à son initiative qu'une taxation des boissons énergisantes sera décidée par le Parlement.

M. Gérard Bapt, *rapporteur de la commission des affaires sociales pour les recettes et l'équilibre général*. Madame la présidente, monsieur le ministre, madame la présidente de la commission, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 s'achève par une lecture définitive dans notre Assemblée. Un tel épilogue n'est jamais satisfaisant, car il traduit une mésentente absolue avec la seconde chambre. Cette mésentente n'est certes pas inhabituelle, mais cette année elle me paraît encore plus regrettable que de coutume (...)

Il est possible de juger aujourd'hui de ce volet social au vu des mesures contenues dans le présent PLFSS : davantage de solidarité dans les cotisations des travailleurs indépendants ; un élargissement de l'assiette de la taxe sur les salaires ; une amélioration de la couverture sociale des salariés des particuliers employeurs, mais aussi des élus ; la mise en place d'un financement solidaire pour l'autonomie des personnes âgées ; l'assujettissement des indemnités de rupture conventionnelle au forfait social ; une fiscalité comportementale plus soucieuse de santé publique au travers de l'augmentation du droit sur les bières et de la création d'une contribution sur les boissons énergisantes ; un important ensemble de mesures relatives à l'assurance maladie, sur lesquelles je reviendrai ; la reconduction du plan d'aide à l'investissement dans le secteur médico-social ; l'attribution par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie d'un concours de 50 millions d'euros pour la restructuration des services d'aide à domicile, mais aussi pour le sauvetage d'un certain nombre d'entre eux ; l'attribution d'un minimum de points gratuits de retraite proportionnelle aux exploitants agricoles invalides ayant cessé leur activité ; le départ en retraite à 60 ans pour les victimes de l'amiante bénéficiaires de l'allocation de cessation anticipée d'activité amiante, quel que soit leur régime ; enfin, la transformation du congé de paternité en congé d'accueil de l'enfant.

M. Arnaud Richard. ...nous sommes donc à 600 millions d'euros du compte, avec un déficit cumulé de 175,4 milliards d'euros en 2013, soit 4,6 milliards de plus qu'en 2012. Et vous savez parfaitement que tous ces calculs reposent sur une base erronée : il n'y aura ni croissance à 0,8 %, ni contrainte de la masse salariale. Autrement dit, vous savez d'emblée que même cet ONDAM à 2,7 % ne sera pas atteint ! (...)

Pour faire face au sous financement chronique de la sécurité sociale et aux nouveaux besoins de nos concitoyens, ce ne sont pas les taxations du tabac, de la bière, des boissons énergisantes ou de l'huile de palme qui vous permettront d'y parvenir (...)

Au fond, ce texte est d'abord l'expression d'une priorité : le tout-fiscal. Il est ensuite la traduction d'une politique injuste : faire payer la classe moyenne. Il manifeste enfin une préférence pour des réponses ponctuelles à des urgences non anticipées, plutôt que des réformes structurelles, qui demeurent à l'état d'évocation.

Pour ces trois raisons principales, et compte tenu de l'absence de tout mouvement significatif depuis le début des nombreuses navettes qu'a subies ce PLFSS, le groupe UDI votera contre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

E. Texte adopté

(AN NL) Article 25 ~~23 bis~~

I. – La section 6 du chapitre I^{er} du titre III de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts est complétée par un article 520 D ainsi rédigé :

« *Art. 520 D.* – I. – Il est institué une contribution perçue sur les boissons énergisantes destinées à la consommation humaine consistant en un mélange d'ingrédients et contenant un seuil minimal de 220 milligrammes de caféine pour 1 000 millilitres ou un seuil minimal de 300 milligrammes de taurine pour 1 000 millilitres :

« 1^o Relevant des codes NC 2009 et NC 2202 du tarif des douanes ;

« 2^o Conditionnées dans des récipients destinés à la vente au détail soit directement, soit par l'intermédiaire d'un professionnel.

« II. – Le taux de la contribution est fixé à 50 € par hectolitre.

« Ce tarif est relevé au 1^{er} janvier de chaque année, à compter du 1^{er} janvier 2013, dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le deuxième chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est constaté par arrêté du ministre chargé du budget, publié au *Journal officiel*.

« III. – 1. La contribution est due à raison des boissons mentionnées au I par leurs fabricants établis en France, leurs importateurs et les personnes qui en réalisent en France des acquisitions intracommunautaires, sur toutes les quantités livrées à titre onéreux ou gratuit.

« 2. Sont également redevables de la contribution les personnes qui, dans le cadre de leur activité commerciale, fournissent à titre onéreux ou gratuit à leurs clients des boissons consommables en l'état mentionnées au I, dont elles ont préalablement assemblé les différents composants présentés dans des récipients non destinés à la vente au détail.

« IV. – Les expéditions vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ainsi que les exportations vers un pays tiers sont exonérées de la contribution lorsqu'elles sont réalisées directement par les personnes mentionnées au 1 du III.

« Les personnes qui acquièrent auprès d'un redevable de la contribution, qui reçoivent en provenance d'un autre État membre de l'Union européenne ou d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou qui importent en provenance de pays tiers des boissons mentionnées au I qu'elles destinent à une livraison vers un autre État membre de l'Union européenne ou un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou à une exportation vers un pays tiers acquièrent, reçoivent ou importent ces boissons en franchise de la contribution.

« Pour bénéficier du deuxième alinéa du présent IV, les intéressés doivent adresser au fournisseur, lorsqu'il est situé en France, et, dans tous les cas, au service des douanes dont ils dépendent une attestation certifiant que les boissons sont destinées à faire l'objet d'une livraison ou d'une exportation mentionnées au même alinéa. Cette attestation comporte l'engagement d'acquitter la contribution au cas où la boisson ne recevrait pas la destination qui a motivé la franchise. Une copie de l'attestation est conservée à l'appui de la comptabilité des intéressés.

« V. – La contribution mentionnée au I est acquittée auprès de l'administration des douanes. Elle est recouvrée et contrôlée selon les règles, sanctions, garanties et privilèges applicables au droit spécifique mentionné à l'article 520 A. Le droit de reprise de l'administration s'exerce dans les mêmes délais. »

II. – Après le 3° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Le produit de la contribution mentionnée à l'article 520 D du code général des impôts ; ».

Décision n° 2012 - 659 QPC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 28 (ex 24 *ter*)

(Contribution sur les dépenses de médicaments)

Article, consolidation, travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article	3
II. Consolidation	4
III. Travaux parlementaires	7

Table des matières

I. Article	3
- (AN NL) Article 28 24^{ter}	3
II. Consolidation	4
A. Code de la sécurité sociale	4
- Article L. 245-2	4
- Article L. 245-5-2	6
III. Travaux parlementaires	7
A. Première lecture	7
1. Assemblée nationale	7
a. Projet de loi	7
b. Amendements.....	7
1 - Amendement N°652 (Rect) présenté par Mme Fraysse, M. Asensi, M. Azerot, Mme Bello, M. Bocquet, Mme Buffet, M. Candelier, M. Carvalho, M. Charroux, M. Chassaigne, M. Dolez, M. Marie-Jeanne et M. Sansu.....	7
2 - Amendement n°479 (3 ^{ème} rect.), déposé par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (recettes et équilibre général) et Mme Lemorton le 19 octobre 2012.....	7
3 - Sous-amendement n°774 (rect.) à l'amendement n°479 (3 ^{ème} rect.), déposé par M. Paul le 25 octobre 2012.....	8
c. Compte-rendu des débats – 2 ^{ème} séance du 25 octobre 2012.....	9
2. Sénat.....	12
a. Projet de loi	12
b. Rapport n° 107 (déposé le 7 novembre 2012) Tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy –...	13
c. Compte-rendu des débats – séance du 14 novembre 2012	14
B. Commission mixte paritaire : désaccord	19
C. Nouvelle lecture	19
1. Assemblée nationale	19
a. Rapport n°430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Lévy.....	19
b. Amendements.....	21
1 - Amendement n°131 présenté par M. Tian.....	21
2 - Amendement N°133 présenté par M. Tian.....	21
3 - Amendement n°134 (Rect) présenté par M. Tian.....	22
4 - Amendement n°275 présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (recettes et équilibre général) le 26 novembre 2012.....	22
5 - Amendement n°276 (rect.) présenté par M. Bapt le 26 novembre 2012.....	22
6 - Amendement n°102 présenté par M. Bapt le 22 novembre 2012.....	23
c. Compte-rendu des débats – 2 ^{ème} séance du 26 novembre 2012.....	23
d. Texte adopté par l'AN.....	26
2. Sénat.....	27
a. Rapport n° 164 déposé le 27 novembre 2012 par Yves Daudigny	27
b. Compte-rendu des débats Sénat– séance du 29 novembre 2012.....	27
c. Texte adopté par le Sénat	28
D. Texte adopté.....	29

I. Article

- (AN NL) Article 28 24~~ter~~

Le même code est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 245-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publicitaires », la fin du 3° est ainsi rédigée : « , quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent, à l'exception des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant exclusivement une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code, ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; »

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. » ;

2° La première phrase du 1° du II du même article est ainsi rédigée :

« À un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I. » ;

3° À la première ligne de la première colonne du tableau du dernier alinéa du III du même article, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

4° L'article L. 245-5-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publicitaires, », la fin du 3° est ainsi rédigée : « quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent ; »

b) Après le 3°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des produits et prestations dont l'entreprise assure la fabrication, l'importation ou la distribution, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 et celui de l'ensemble des produits et prestations fabriqués, importés ou distribués par l'entreprise. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. » ;

c) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il est procédé à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3°. »

II. Consolidation

A. Code de la sécurité sociale

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Titre 4 : Ressources

Chapitre 5 : Ressources autres que les cotisations

Section 1 : Contribution des entreprises de préparation de médicaments.

- Article L. 245-2

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 24

I.-La contribution est assise sur les charges comptabilisées au cours du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :

1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes mentionnées au premier alinéa de l'article L. 5122-11 du code de la santé publique, qu'elles soient ou non salariées de l'entreprise et qu'elles interviennent en France métropolitaine ou dans les départements d'outre-mer auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à l'exploitation des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

2° Des remboursements de frais de transport, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;

3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires ~~des lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique y est mentionnée~~ , **quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent, à l'exception des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant exclusivement une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code, ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;**

4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut.

II.-Il est procédé sur l'assiette définie au I :

1° ~~A un abattement forfaitaire égal à 2,5 million d'euros et à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I~~ **À un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I.** L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois ;

2° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique à l'exception de celles qui sont remboursées sur la base d'un tarif décidé en application de l'article L. 162-16 du présent code, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ;

3° A un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique à l'exception de ceux dont le chiffre d'affaires hors taxes excède 30 millions d'euros.

Pour les entreprises appartenant à un groupe, les abattements mentionnés aux 2° et 3° sont reportés, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution, au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

III.-Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches qui sont fonction du rapport, au titre du dernier exercice clos, entre, d'une part, l'assiette définie au I et tenant compte, le cas échéant, des abattements prévus au II et, d'autre part, le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France métropolitaine et dans les départements d'outre-mer, au titre des médicaments bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et inscrits sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique.

Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :

PART DE L'ASSIETTE	TAUX
correspondant au rapport R entre l'assiette définie aux 1° à 3° 4° du I après déduction, le cas échéant, des abattements et le chiffre d'affaires hors taxes	de la contribution par tranche(en pourcentage)
$R < 6,5 \%$	(L. n° 2004-810, 13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 19
$6,5 \% \leq R < 12 \%$	(L. n° 2004-810, 13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 29
$12 \% \leq R < 14 \%$	(L. n° 2004-810, 13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 36
$R \geq 14 \%$	(L. n° 2004-810, 13 août 2004, art. 73, II, 2°) (1) 39
(1) NDLR : Les dispositions de l'article 73 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 s'appliquent pour la première fois à la détermination de la contribution due au plus tard le 1 ^{er} décembre 2005 (L. n° 2004-810, 13 août 2004, art. 73, III)	

Section 2 : Contribution à la charge des fabricants ou distributeurs de dispositifs médicaux, tissus et cellules, produits de santé autres que les médicaments et prestations associées mentionnés à l'article L. 165-1

- Article L. 245-5-2

Modifié par LOI n°2009-1646 du 24 décembre 2009 - art. 12 (V)

La contribution est assise sur les charges comptabilisées au titre du ou des exercices clos depuis la dernière échéance au titre :

1° Des rémunérations de toutes natures, y compris l'épargne salariale ainsi que les charges sociales et fiscales y afférentes, des personnes, qu'elles soient ou non salariées des entreprises redevables de la contribution, qui interviennent en France aux fins de présenter, promouvoir ou vendre les produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 auprès des professionnels de santé régis par les dispositions du titre Ier du livre Ier de la quatrième partie du code de la santé publique, auprès des masseurs-kinésithérapeutes ou auprès des établissements de santé. Seules sont prises en compte les rémunérations afférentes à la promotion, la présentation ou la vente des produits et prestations aux titres Ier et III sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ;

2° Des remboursements de frais de transports, à l'exclusion des charges afférentes à des véhicules mis à disposition, des frais de repas et des frais d'hébergement des personnes mentionnées au 1° ;

3° Des frais de publication et des achats d'espaces publicitaires, ~~sauf dans la presse médicale bénéficiant d'un numéro de commission paritaire ou d'un agrément défini dans les conditions fixées par décret, dès lors qu'un des dispositifs, tissus, cellules, produits ou prestations y est mentionné~~ **quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent ;**

4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des produits et prestations dont l'entreprise assure la fabrication, l'importation ou la distribution, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 et celui de l'ensemble des produits et prestations fabriqués, importés ou distribués par l'entreprise. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut.

Il est procédé sur l'assiette définie aux alinéas précédents à un abattement forfaitaire de 50 000 euros. Cet abattement est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois. **Il est procédé à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3°.**

Le taux de la contribution est fixé à 15 %.

NOTA:

LOI n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 art 12 II : les dispositions du dernier alinéa de l'article L245-5-2 du code de la sécurité sociale s'appliquent pour la détermination de la contribution due en 2010

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi

Néant

b. Amendements

- 1 - Amendement N°652 (Rect) présenté par Mme Fraysse, M. Asensi, M. Azerot, Mme Bello, M. Bocquet, Mme Buffet, M. Candelier, M. Carvalho, M. Charroux, M. Chassaigne, M. Dolez, M. Marie-Jeanne et M. Sansu**

ARTICLE ADDITIONNEL APRÈS L'ARTICLE 24, insérer l'article suivant:

L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- 1° Après le mot : « transport », la fin du 2° du I est supprimée ;
- 2° Après le mot : « publicitaires », la fin du 3° du I est supprimée ;
- 3° Le 1° du II est supprimé ;
- 4° Aux 2° et 3° du II, le taux : « 30 % » est remplacé par deux fois par le taux : « 15 % ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement propose d'élargir l'assiette de la contribution acquittée par les entreprises pharmaceutiques sur les dépenses de promotion des produits de santé admis au remboursement, de supprimer l'abattement forfaitaire et l'abattement de 3 % applicables aux rémunérations, et réduire les abattements consentis au titre des médicaments génériques et des médicaments orphelins.

- 2 - Amendement n°479 (3^{ème} rect.), déposé par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (recettes et équilibre général) et Mme Lemorton le 19 octobre 2012**

APRÈS L'ARTICLE 24, insérer l'article suivant:

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 245-2 est ainsi modifié :

- a) Après le mot : « publicitaires », la fin du 3° est ainsi rédigée : « quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, à l'exception des frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent et des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code

de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L.162-17 du présent code ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. » ;

b) Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3° à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant au centième par défaut. ».

2° À la première ligne de la première colonne du tableau du dernier alinéa du III du même article, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

3° L'article L. 245-5-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publicitaires, », la fin du 3° est ainsi rédigée : « quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, à l'exception des frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent. » ;

b) Après le 3°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3° à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des produits et prestations dont l'entreprise assure la fabrication, l'importation ou la distribution, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 et celui de l'ensemble des produits et prestations fabriqués, importés ou distribués par l'entreprise. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant au centième par défaut. » .

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à clarifier l'état du droit en matière de contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux.

Dans l'état actuel du droit, sont incluses dans l'assiette seules les dépenses qui mentionnent une spécialité remboursable. Cette rédaction ne permet pas de freiner des dépenses de promotion, qui en ciblant une pathologie ou une problématique de santé, poursuivent le même objectif même sans mentionner le nom de la spécialité.

Aussi, le présent amendement propose de considérer que, par principe, les dépenses de promotion qui ne mentionnent pas explicitement une spécialité non remboursable entrent dans l'assiette de la contribution.

Il est en outre précisé que sous l'hypothèse où le redevable ne disposerait pas d'une comptabilité analytique permettant de distinguer précisément les dépenses de promotions afférentes à des spécialités ou à des dispositifs médicaux remboursables, il détermine l'assiette de la contribution en appliquant au total des dépenses de promotion à prendre en compte la part du chiffre d'affaires remboursable dans le chiffre d'affaire total réalisé en France.

Enfin, le présent amendement vise à clarifier le statut des dépenses de promotion sous-traitées en affirmant qu'ils sont intégrés dans l'assiette à hauteur du montant hors taxes facturé. Il ne serait à l'évidence pas cohérent de procéder différemment au regard de l'objectif poursuivi.

3 - Sous-amendement n°774 (rect.) à l'amendement n°479 (3^{ème} rect.), déposé par M. Paul le 25 octobre 2012

I. – Modifier ainsi la première phrase de l'alinéa 3 :

1° Substituer aux mots :

« à l'exception des »

les mots :

« ainsi que les ».

2° Substituer à la deuxième occurrence des mots :

« et des »

les mots :

« à l'exception des ».

II. – Après l'alinéa 6, insérer les deux alinéas suivants :

« 1°*bis* La première phrase du 1° du II du même article est ainsi rédigée :

« À un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° et à un abattement de 50 % des frais de congrès mentionnés au 3° du I. ».

III. – En conséquence, à l'alinéa 9, substituer aux mots :

« à l'exception des »

les mots :

« ainsi que les ».

IV. – Compléter cet amendement par l'alinéa suivant :

« c) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est procédé à un abattement de 50 % des frais de congrès mentionnés au 3°. » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Ce sous-amendement vise à inclure dans l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux une partie des frais de congrès, y compris les dépenses directes et indirectes d'hébergement et de transport.

Les recettes complémentaires issues de l'élargissement de l'assiette de cette contribution seraient consacrées au financement indépendant des associations de patients, aujourd'hui largement dépendantes de l'industrie pharmaceutique. En effet le rapport de la Haute autorité de santé de 2011 portant sur les aides versées au titre de l'année civile 2010 chiffre celles-ci à près de 5 millions d'euros. Il s'agit ainsi de renforcer la démocratie sanitaire, en assurant un financement pérenne aux représentants des patients, tout en renforçant leur légitimité.

c. Compte-rendu des débats – 2^{ème} séance du 25 octobre 2012

Après l'article 24

(...)

M. le président. La parole est à M. Marc Dolez, pour soutenir l'amendement n° 652 rectifié.

M. Marc Dolez. Cet amendement vise à élargir l'assiette de la contribution acquittée par les entreprises pharmaceutiques sur les dépenses de promotion des médicaments remboursables. L'industrie pharmaceutique consacre en effet, selon les estimations, entre 3 et 4 milliards d'euros à des actions de promotion : visites médicales, congrès, publicités dans la presse et les médias, etc. Il s'agit clairement de stratégies de marketing commercial destinées à gagner des parts de marché ou à maximiser le rendement d'un ou plusieurs produits, bien loin d'une information médicale objective délivrée dans l'intérêt général. Ce type de marketing agressif pose des problèmes car les dépenses promotionnelles engagées sont évidemment intégrées dans le prix de vente des spécialités produites par les laboratoires. Lorsqu'elles sont remboursables, elles ont un impact sur les comptes sociaux.

Telle est la raison d'être de cet amendement, dont je veux croire qu'il rencontrera un écho favorable de la part du Gouvernement comme du rapporteur, dans la mesure où l'année dernière, à pareille époque, toute la gauche dans cet hémicycle s'était retrouvée sur un amendement similaire.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, *rapporteur*. Nous comprenons tout à fait le sens de votre amendement : tout comme vous, nous regrettons de voir que trop d'efforts sont consacrés par l'industrie à ces dépenses de marketing. Toutefois, je vais proposer à l'Assemblée de le rejeter car le PLFSS comporte des mesures très importantes concernant l'industrie pharmaceutique, qui sont mieux ciblées en ce qui concerne le prix des médicaments et la question de la substitution des médicaments princeps par les génériques. Votre contribution pourrait désorganiser l'approche équilibrée qu'entend adopter le Gouvernement vis-à-vis de l'industrie pharmaceutique à laquelle le PLFSS pour 2013 demande plus de 1 milliard d'économies.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Monsieur Dolez, nous partageons votre préoccupation : nous savons que les dépenses de promotion engagées par certains laboratoires ont des effets préoccupants sur la consommation. C'est aussi une façon de garantir des liens avec ces laboratoires.

Pour autant, tel qu'il est rédigé, votre amendement ne permet pas de répondre à toutes les actions de promotion véritablement inquiétantes ; à l'inverse, il en écarte d'autres qui peuvent paraître légitimes. Je pense aux petits laboratoires qui produisent des médicaments visant à soigner des maladies orphelines et pour lesquels il peut être admis que la promotion soit maintenue. De même, vous excluez des promotions par le biais de repas et de visites ; tout à l'heure, M. Paul présentera un sous-amendement pour inclure les invitations dans les congrès.

La construction de votre amendement ne permet pas de répondre, me semble-t-il, à l'ensemble des difficultés auxquelles nous sommes confrontés. Dans la mesure où nous discuterons ultérieurement d'autres propositions qui nous paraissent mieux adaptées sur ce sujet et poursuivent le même objectif, je vous demande de retirer votre amendement. À défaut, le Gouvernement y est défavorable.

M. Marc Dolez. Je maintiens mon amendement !

(L'amendement n° 652 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission, pour soutenir l'amendement n° 479 troisième rectification, qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 774 rectifié.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Cet amendement vise à clarifier l'état du droit en matière de contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux.

En lançant des promotions, les laboratoires pharmaceutiques utilisent une autre forme de publicité sans mentionner forcément le nom d'un médicament. Pas plus tard que ce matin, j'ai pu voir une information sur les troubles de l'érection où apparaissait seulement le nom du laboratoire. De tels dispositifs poussent à la consommation de médicaments, même si aucun nom de médicament n'est mentionné. Il faut donc élargir l'assiette à tout ce qui peut induire la prise de médicaments.

Lors de l'examen de la loi de décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, nous avons évoqué le cas d'un laboratoire qui avait lancé une campagne en faveur de la vaccination contre le cancer du col de l'utérus, sauf que le logo du laboratoire apparaissait sur le prospectus. C'est donc bien une forme de publicité pour le vaccin de ce laboratoire.

Nous souhaitons également élargir l'assiette à la presse grand public. La publicité dans la presse professionnelle est taxée, mais les laboratoires profitent aussi d'une certaine presse grand public – celle que l'on ne lit que chez le coiffeur –, pour lancer des campagnes de vaccination sur lesquelles figure leur logo. On pourrait d'ailleurs en reparler dans le cadre du droit de la subsidiarité des États en termes de santé publique : est-ce à un laboratoire de lancer des campagnes de vaccination ? La question me paraît pertinente : il me semble que la santé publique de toute personne vivant sur le territoire fait partie du domaine régalié de l'État.

Avec cet amendement, je réponds à la question que j'ai posée tout à l'heure à Mme la ministre quant aux moyens donnés à la Haute autorité de santé.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour l'assurance-maladie et les accidents du travail, pour soutenir le sous-amendement n° 774 rectifié.

M. Christian Paul, *rapporteur*. Nous croyons beaucoup dans l'importance et dans la force pour notre pays d'une véritable démocratie sanitaire, c'est-à-dire dans la participation des patients, des usagers du système de santé afin de l'améliorer et de le faire vivre autrement que ce que nous avons connu dans les années récentes, c'est-à-dire sur un mode très autoritaire et souvent très brutal.

Mais la démocratie a un coût. En commission, nous avons proposé de financer la démocratie sanitaire grâce à un prélèvement supplémentaire sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique. Le sous-amendement n° 774 rectifié prévoit d'élargir à une partie des frais de congrès l'assiette de la contribution sur les dépenses

de promotion des médicaments des dispositifs médicaux. Cela permettrait de financer le fonctionnement des associations de patients et d'usagers du système de santé, le déplacement de leurs membres parfois jusqu'au chef-lieu de région où se trouve l'Agence régionale de santé, parfois jusqu'au ministère de la santé ou dans des agences nationales où il est nécessaire que les patients et les citoyens puissent également faire entendre leur voix. Cela permettrait également de financer des événements ou des colloques nécessaires au débat sur l'avenir du système de santé en France. Or vous le savez, de tels événements sont parfois financés par des laboratoires pharmaceutiques, ce qui n'est pas interdit. Mais nous souhaitons que la démocratie sanitaire soit d'abord marquée par l'indépendance des associations. C'est donc à ce titre que nous mettons en place un financement qui s'appuiera comme précédemment sur l'industrie pharmaceutique mais avec des modalités garantissant une réelle indépendance.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission a adopté l'amendement n° 479 troisième rectification. En revanche, elle n'a pas examiné le sous-amendement de M. Paul. Toutefois, j'y souscris pleinement dans la mesure où il s'agit de mieux assumer la nécessité de la démocratie sanitaire au moment où le patient est de plus en plus au centre du système et l'interlocuteur de l'offre de soins.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable. Mme la présidente de la commission des affaires sociales a montré l'intérêt de faire évoluer la taxation de la promotion, qui se fait par le recours à la sous-traitance.

Quant au sous-amendement de M. Paul, il me paraît utile : il s'agit bien pour nous de créer un financement qui ira à la Caisse nationale d'assurance maladie, qui elle-même apportera une contribution par l'intermédiaire du fonds d'intervention régional, laquelle sera utilisée selon mes instructions au financement de la démocratie sanitaire. Évidemment, il n'y aura pas de lien direct entre le prélèvement que nous proposons et le fonctionnement de la démocratie sanitaire puisque l'idée est de couper des liens qui ont pu s'établir et qui, même s'ils ne sont pas illégaux, sont de nature à créer un doute inutile dans l'esprit de nos concitoyens, à un moment où beaucoup de questions se posent sur les conflits d'intérêt.

La démocratie a un coût, elle doit être financée : je crois salutaires les dispositions proposées.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Madame Lemorton, je respecte vos positions et nous connaissons tous ici le combat que vous avez mené lors du scandale du Mediator, mais j'ai du mal à comprendre votre argument. Nous allons élargir l'assiette de la taxation sur la promotion, dites-vous : quand un laboratoire fait de la publicité en mettant son nom, il incite le patient, le citoyen, à consommer le médicament de cette industrie pharmaceutique. Mais nous avons des professionnels de santé, des médecins, des pharmaciens : c'est à eux, que je sache, de délivrer le médicament, ce sont eux qui ont la responsabilité de prescrire telle ou telle molécule, un princeps ou un générique. L'argument que vous employez ne me satisfait donc pas.

Quant à votre sous-amendement, monsieur Paul, c'est le coup de grâce. Avez-vous vraiment conscience de l'état de l'industrie pharmaceutique en France ? Une décroissance d'au moins 2 %, des laboratoires de recherche qui ferment : dans ma ville de Reims, un laboratoire a fermé son centre de recherche. Dans le sud de la France, Sanofi licencie et ferme. Dans les douze dernières années, aucune molécule n'est sortie de France. Nous allons bientôt examiner un article sur la visite médicale, qui s'en prend encore une fois à l'industrie pharmaceutique. Elle vient d'échapper de peu à la compensation sur la suppression de la taxe sur les mutuelles étudiantes.

Il y a un moment où faut savoir ce qu'on veut. Veut-on une industrie pharmaceutique forte, une recherche performante ? Sinon, dites-le à l'ensemble de l'industrie pharmaceutique : « Nous n'avons plus besoin de vous en France, allez à l'étranger, délocalisez ! » Au moins, le discours sera clair et précis.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. À cet instant j'ai conscience de prendre beaucoup de risques en défendant l'industrie pharmaceutique. J'entends déjà ce que Mme la présidente de la commission et peut-être Mme le ministre vont dire : que nous défendons un lobby.

Non, nous défendons simplement un des derniers fleurons de l'industrie française, qui connaît une période extrêmement inquiétante pour l'avenir. L'industrie pharmaceutique française, c'est 120 000 emplois, c'est le quatrième poste exportateur – encore un poste exportateur. Or, comme vient de le dire excellemment Arnaud Robinet, cette industrie est en crise, son secteur de recherche est beaucoup moins productif qu'il l'a été ; au bout du compte, sous les coups, qui d'ailleurs ont commencé sous la droite et que vous continuez méthodiquement à lui asséner, elle finira par partir. Nous vivons dans un monde ouvert, où les jeunes

chercheurs, les investisseurs, sont dissuadés par votre politique de venir en France et de perpétuer ce qui est une vieille tradition : l'imagination, l'innovation, la recherche, les avancées thérapeutiques au pays de Pasteur.

En fait, cet amendement revient à instituer une sorte de censure. Les entreprises françaises ont-elles, oui ou non, le droit de communiquer ? Ont-elles seulement le droit d'expliquer, aux Françaises et aux Français, aux jeunes, qu'on fait de belles choses dans ces entreprises, qu'il y a des laboratoires, des salles blanches, que l'on va vers l'avant, que nous avons devant nous des perspectives fabuleuses avec les nouvelles technologies, la génomique, les anticorps monoclonaux ? Tenez-vous vraiment à éreinter tout cela ?

Il y a tout lieu de s'inquiéter de cette obsession qu'ont tous les gouvernements, et particulièrement le vôtre de s'en prendre à un secteur dont chacun sait qu'il est porteur des innovations et des avancées qui peuvent donner le plus d'emplois, plus de création de richesse, donc le plus de cotisations sociales.

Et là-dessus vient le sous-amendement de M. Paul : il y a une vache à lait, l'industrie pharmaceutique, et comme la démocratie sanitaire doit être financée, ce ne peut être que par l'industrie pharmaceutique.

M. le président. Merci, monsieur Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Excusez-moi, mais il s'agit tout de même du rayonnement de la francophonie, du rayonnement de la science française dans les congrès internationaux, que vous voudriez taxer par cet amendement. Ces mesures sont d'une extrême gravité, je voulais simplement vous le dire. (*Applaudissements sur les bancs du groupe UMP.*)

M. le président. La parole est à M. Christian Paul.

M. Christian Paul. J'entends bien ces démonstrations et je n'ai guère envie de les commenter. Il s'agit de 5 millions d'euros et je veux dire à M. Robinet comme à M. Accoyer que ces sommes-là sont déjà dépensées en direct par l'industrie pharmaceutique quand elle finance les associations. Je vous renvoie, monsieur Accoyer, puisque vous semblez douter de mes propos, au rapport de la Haute Autorité de santé de 2011, qui portait sur les aides versées au titre de l'année civile 2010...

M. Bernard Accoyer. Laissez-les faire !

M. Christian Paul. Le financement en direct des associations de patients par l'industrie pharmaceutique ne préserve en rien l'indépendance, absolument nécessaire, de ces associations : c'est une façon de créer des liens qui pourraient être parfois – car je ne veux pas diaboliser quiconque – des liens d'influence et susciter des conflits d'intérêts.

Nous voulons l'indépendance des associations de patients et d'usagers ; c'est pourquoi nous nous contentons de transférer des sommes déjà engagées par l'industrie pharmaceutique dans un système qui garantit l'indépendance de ces associations. Très franchement, je ne vois pas ce que vous pourriez y redire.

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Ce n'est pas le seul fleuron : nous avons Airbus qui marche très bien. (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

M. Francis Vercamer. Vous pourriez peut-être le taxer !

M. Arnaud Robinet. Or oui, taxez Airbus !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales.* Ce sont des entreprises qui avancent beaucoup plus vite que nous, législateurs : il ne vous a pas échappé que Sanofi vient de nouer un partenariat avec Coca-Cola – c'est quand même un peu ubuesque – pour faire des produits d'allégation vendus dans les supermarchés. J'annonce donc d'emblée qu'il y aura sans doute une taxe dans le PLFSS de 2014.

(*Le sous-amendement n° 774 rectifié est adopté.*)

(*L'amendement n° 479 troisième rectification, sous-amendé, est adopté.*)

2. Sénat

a. Projet de loi

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 245-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publicitaires », la fin du 3° est ainsi rédigée : « , quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou

publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent, à l'exception des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L.162-17 du présent code, ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; »

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3° à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. » ;

2° La première phrase du 1° du II du même article est ainsi rédigée :

« À un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 50 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I. » ;

3° À la première ligne de la première colonne du tableau du dernier alinéa du III du même article, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

4° L'article L. 245-5-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publicitaires, », la fin du 3° est ainsi rédigée : « quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent ; »

b) Après le 3°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des produits et prestations dont l'entreprise assure la fabrication, l'importation ou la distribution, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 et celui de l'ensemble des produits et prestations fabriqués, importés ou distribués par l'entreprise. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. » ;

c) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il est procédé à un abattement de 50 % des frais de congrès mentionnés au 3°. »

b. Rapport n° 107 (déposé le 7 novembre 2012) Tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy –

Examen des articles

Article 24 ter

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, vise à étendre l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale fixe l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement de la contribution instituée au profit de la Cnam et de la HAS sur les dépenses de promotion des entreprises pharmaceutiques.

Cet article additionnel, inséré à l'initiative de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, vise à étendre le champ de cette contribution.

Son assiette comprend aujourd'hui les frais de publication et les achats d'espaces publicitaires dès lors qu'un médicament figurant sur la liste des spécialités remboursables ou sur celle des spécialités agréées à l'usage des collectivités publiques y est mentionné.

Le a) du 1° précise que l'assiette inclut ces frais et achats, quelle que soit leur nature ou forme. En outre, il ajoute les frais de congrès scientifiques et les manifestations de même nature, y compris les dépenses d'hébergement et de transport qui s'y rapportent ; cet ajout résulte d'un sous-amendement présenté par Christian Paul, député.

Le 2° procède à un abattement de 50 % des frais de congrès en vue du calcul de l'assiette de la taxe.

Le 3° assure une coordination dans le tableau fixant le taux applicable selon l'assiette.

Par ailleurs, seuls les rémunérations, remboursements et frais de publications et d'achats d'espaces publicitaires directement engagés par l'entreprise pharmaceutique sont, selon le droit en vigueur, intégrés dans l'assiette de la contribution. Le b) du 1° y inclut les prestations de même nature mais qui seraient externalisées.

En outre, lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permettra pas d'isoler les charges correspondant à l'assiette de la contribution, un calcul forfaitaire sera réalisé à partir du chiffre d'affaires.

Enfin, le 4° transpose l'élargissement de cette assiette à la contribution existant également sur les dispositifs médicaux et autres produits de santé. Le a) inclut désormais dans l'assiette les frais engagés dans la presse spécialisée, ainsi que les frais de congrès scientifique. Le b) intègre les prestations externalisées de même nature et autorise un calcul forfaitaire par rapport au chiffre d'affaires lorsqu'il n'est pas possible d'isoler les charges assujetties. Le c) opère un abattement de 50 % des frais de congrès.

II - La position de votre rapporteur

Selon les informations recueillies par votre rapporteur, cet article devrait apporter environ 15 millions d'euros de recettes supplémentaires à la Cnam (à hauteur de 90 %) et à la HAS (pour 10 %), dont un tiers au titre de l'extension de la contribution aux frais de congrès.

En séance à l'Assemblée nationale, la ministre des affaires sociales et de la santé a annoncé que l'élargissement de la contribution aux frais de congrès et de manifestations contribuerait au financement de la démocratie sanitaire, via le fonds d'intervention régional.

Votre commission a adopté un amendement portant article additionnel après l'article 57 pour tirer les conséquences de cette déclaration sur les missions du FIR.

En ce qui concerne le présent article, votre rapporteur signale qu'un abattement d'assiette est bien prévu pour les dépenses concernées qui sont réalisées « en régie » par l'entreprise, mais qu'il n'est pas explicitement inscrit pour les prestations externalisées. Toutefois, l'abattement étant sensiblement différent selon la nature de la dépense (3 % des remboursements de frais de transport et 50 % des frais de congrès), il serait complexe d'appliquer cette méthode aux dépenses externalisées.

Plus généralement, votre rapporteur souligne la grande complexité et la multiplicité des taxes pharmaceutiques ; une réflexion consolidée est à cet égard nécessaire.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

c. Compte-rendu des débats – séance du 14 novembre 2012

Article 24 ter (nouveau)

M. le président. L'amendement n° 264 rectifié *ter*, présenté par MM. Gilles, Milon et Cointat, Mlle Joissains, Mmes Deroche et Cayeux, MM. Doublet et D. Laurent, Mme Procaccia, MM. Dulait, Laméni et B. Fournier, Mme Bruguière et MM. Revet, Houpert et Chauveau, est ainsi libellé :

Alinea 3, première phrase

Après le mot :

immatérielle

insérer les mots :

, dès lors qu'une spécialité pharmaceutique inscrite sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique y est mentionnée,

La parole est à M. Bruno Gilles.

M. Bruno Gilles. Avec votre accord, monsieur le président, je défendrai en même temps que celui-ci les amendements n^{os} 262 rectifié *ter* et 263 rectifié *ter*.

Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, inclut les dépenses de congrès et de communication institutionnelle dans l'assiette de la taxe sur les dépenses de promotion des médicaments, et ce pour financer les associations de patients.

Cette disposition affectera non seulement les laboratoires, mais aussi la presse médicale. Elle touchera surtout l'industrie des congrès et des expositions : la France, mes chers collègues, il faut le rappeler, est le troisième pays au monde en termes de congrès et Paris est la deuxième ville au monde.

Les congrès scientifiques représentent près de la moitié de cette activité qui contribue très largement à l'économie de notre pays.

L'adoption de cette disposition en l'état signifiera la raréfaction des congrès scientifiques de haut niveau en France, au profit des pays où les coûts d'organisation seront moins élevés, la fin des publications de langue française – l'article réincorpore, en supprimant leur ancienne exclusion, les publications qui ne mentionnaient pas de produits remboursables ou qui avaient une dimension scientifique.

Cette disparition des congrès et des publications de langue française aura également un impact négatif sur le rayonnement scientifique de la recherche et de la médecine françaises.

Il serait donc souhaitable que le Sénat revoie le périmètre de cette taxe en excluant les publications, les congrès et les frais associés à caractère scientifique, ainsi qu'en réintégrant l'exclusion des dépenses institutionnelles dès lors que le nom de produits remboursables n'est pas mentionné.

M. le président. L'amendement n^o 262 rectifié *ter*, présenté par MM. Gilles, Milon et Cointat, Mlle Joissains, Mmes Deroche et Cayeux, MM. Doublet et D. Laurent, Mmes Procaccia et Debré, MM. Dulait, P. Dominati, Leleux, Laménie, B. Fournier et J.P. Fournier, Mme Bruguière et MM. Revet, Houpert, Lefèvre et Chauveau, est ainsi libellé :

Alinea 3, première phrase

Remplacer les mots :

, ainsi que les

par les mots :

, à l'exclusion des

Cet amendement a été défendu.

L'amendement n^o 263 rectifié *ter*, présenté par MM. Gilles, Milon et Cointat, Mlle Joissains, Mmes Deroche et Cayeux, MM. Doublet et D. Laurent, Mmes Procaccia et Debré, MM. Dulait, Laménie et B. Fournier, Mme Bruguière et MM. Revet, Houpert et Chauveau, est ainsi libellé :

Alinea 3, première phrase

Avant les mots :

à l'exception des échantillons

insérer le mot :

et

Cet amendement a également été défendu.

Quel est l'avis de la commission sur ces trois amendements ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Ces trois amendements visent à restreindre le champ de la contribution sur les dépenses de promotion des entreprises pharmaceutiques tel qu'il ressort des travaux de l'Assemblée nationale. Ils reviennent au fond à maintenir le droit en vigueur.

Je rappelle que l'article 24 *ter* vise à élargir cette contribution, d'une part, en ne la réservant plus aux seuls frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires où est mentionné un médicament remboursable, d'autre part, en y incluant les frais de congrès scientifiques.

Les amendements de notre collègue visent à supprimer ces deux ajouts.

La contribution rapporte aujourd'hui environ 200 millions d'euros par an. Les modifications votées à l'Assemblée nationale généreront entre 10 millions et 15 millions d'euros de recettes supplémentaires, dont une partie est destinée à financer, *via* la Caisse nationale d'assurance maladie, la démocratie sanitaire.

J'ai déjà eu souvent l'occasion de le dire, nous devons engager une réflexion sur la fiscalité du secteur pharmaceutique. Toujours est-il que l'élargissement de la contribution sur les dépenses de promotion ne me semble ni injustifié ni insoutenable pour les entreprises. Nous savons bien l'objectif que sous-tendent le subventionnement d'un congrès ou l'achat d'espaces publicitaires. À cet égard, nous devons demeurer vigilants.

Au vu de ces différents éléments, la commission émet un avis défavorable sur ces trois amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. L'organisation de congrès participe clairement d'opérations de promotion, même si ceux-ci ne sont ni exclusivement ni même principalement structurés autour de la promotion de produits. Néanmoins, ils contribuent à la construction de l'image des laboratoires qui les programment.

Pour tenir compte du caractère scientifique de ces rencontres, l'auteur de ces amendements propose que les frais de congrès ne soient intégrés qu'à hauteur de 50 % dans l'assiette de la contribution, ce qui montre bien qu'une distinction est établie entre, d'un côté, le caractère scientifique du soutien aux publications, des échanges intellectuels autour de nouvelles thérapies ou de nouveaux médicaments, et, d'un autre côté, l'aspect plus promotionnel de ces rencontres.

Dans sa rédaction actuelle, l'article 24 *ter* me paraît équilibré.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable sur ces trois amendements.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 264 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 262 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 263 rectifié *ter*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 387, présenté par M. Daudigny, au nom de la commission des affaires sociales, est ainsi libellé :

Alinéa 3, dernière phrase

Après le mot :

mentionnant

insérer le mot :

exclusivement

La parole est à M. le rapporteur général.

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Cet amendement vise à corriger une imperfection rédactionnelle.

La dernière phrase de l'alinéa 3 exclut de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion les frais de publication mentionnant un médicament non remboursable. Cette rédaction ouvrant la voie à des contournements, il est donc nécessaire de préciser que sont exclues les publications mentionnant « exclusivement » un médicament non remboursable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 387.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements faisant l'objet d'une discussion commune.

L'amendement n° 360 rectifié *bis*, présenté par M. Gilles, Mme Bruguère et MM. Revet, Houpert, Laménie et Chauveau, est ainsi libellé :

Alinéas 4 à 10

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Bruno Gilles.

M. Bruno Gilles. Cet amendement vise à éviter une disparité fiscale entre les entreprises pharmaceutiques dont les propres services peuvent assurer leur communication extérieure et celles qui, par nécessité, font appel à des prestataires extérieurs et qui se trouveront davantage pénalisées.

M. le président. Les deux amendements suivants sont identiques.

L'amendement n° 185 est présenté par M. Milon, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mmes Cayeux et Debré, M. Dériot, Mme Deroche, MM. Fontaine et Gilles, Mmes Giudicelli, Hummel et Kammermann, MM. Laménie, Longuet, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia et MM. de Raincourt et Savary.

L'amendement n° 309 est présenté par M. Barbier.

Ces deux amendements sont ainsi libellés :

Alinéas 10 à 16

Supprimer ces alinéas.

La parole est à M. Alain Milon, pour présenter l'amendement n° 185.

M. Alain Milon. Pour l'essentiel, les dispositifs médicaux ne sont pas des produits de prescription. La « promotion » dans le secteur du dispositif médical consiste principalement à s'assurer que les produits sont bien utilisés, et ce pour conduire à un résultat optimal – presque systématiquement lié aux gestes du médecin – pour le patient.

Par ailleurs, l'utilisateur – professionnel de santé, patient, autre professionnel – doit absolument pouvoir accéder à l'information sur les produits en vue d'exercer un choix éclairé dans un domaine où il existe une extrême variété des matériels et de multiples référencements des produits. Une mauvaise information de l'utilisateur aura un impact négatif sur la sécurité sanitaire.

Nous proposons donc de retirer les dispositifs médicaux de cette mesure.

M. le président. L'amendement n° 309 n'est pas défendu.

L'amendement n° 241, présenté par M. Amoudry, Mmes Dini et Jouanno, MM. Marseille, Roche, Vanlerenberghe et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

Alinéa 11

Après le mot :

immatérielle

supprimer la fin de cet alinéa.

La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. L'objet de cet amendement est d'exclure les frais de congrès scientifiques ou publicitaires – et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport – de l'assiette, élargie par l'article 24 *ter*, de la contribution des entreprises du secteur des dispositifs médicaux.

En effet, pour l'essentiel, les dispositifs médicaux ne sont pas des produits de prescription. La « promotion » dans ce secteur consiste principalement à régulièrement s'assurer que les produits sont bien utilisés, et ce pour conduire à un résultat optimal – presque systématiquement lié aux gestes du médecin – pour le patient.

Par ailleurs, l'utilisateur doit absolument pouvoir accéder à l'information sur les produits en vue d'exercer un choix éclairé dans un domaine où il existe une extrême variété des matériels et de multiples référencements des produits. Une mauvaise information de l'utilisateur aurait un impact négatif sur la sécurité sanitaire.

M. le président. Quel est l'avis de la commission sur les amendements n°s 360 rectifié *bis*, 185 et 241 ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. L'amendement n° 360 rectifié *bis* de M. Gilles vise, comme ceux qu'il a précédemment défendus, à conserver le droit en vigueur de la contribution sur les dépenses de promotion et à supprimer une disposition introduite par l'Assemblée nationale consistant à intégrer dans l'assiette de la taxe les prestations externalisées de même nature que celles qui sont taxées.

Contrairement à notre collègue, il me semble tout à fait normal de faire contribuer de la même manière les dépenses qui ont pour objectif la promotion de médicaments, qu'elle soit réalisée en régie ou sous-traitée.

La commission émet un avis défavorable.

L'amendement n° 185 défendu par M. Milon tend à supprimer l'élargissement aux dispositifs médicaux de la contribution sur les dépenses de promotion. Cette restriction n'est pas justifiée à mes yeux. Les dépenses concernées par l'élargissement de la contribution sont des frais de publication et d'achat d'espaces publicitaires ainsi que des frais de congrès. S'assurer que les produits sont bien utilisés, comme l'indique cet

amendement, ne nécessite ni d'acheter une page de publicité dans un journal ni d'organiser un congrès scientifique.

Je signale d'ailleurs que les rémunérations des personnes chargées de « présenter, promouvoir et vendre des dispositifs médicaux » sont déjà incluses dans l'assiette de la contribution. En outre, cet amendement vise à supprimer l'intégration dans l'assiette des prestations externalisées, ce qui ne paraît pas du tout judicieux.

Aussi, la commission émet un avis défavorable.

L'amendement n° 241 présenté par M. Vanlerenberghe vise à supprimer les frais de congrès scientifiques ou publicitaires de l'assiette, élargie par l'article 24 *ter*, de la contribution sur les dépenses de promotion pour les dispositifs médicaux. Comme nous l'avons vu tout à l'heure, rien ne justifie, au moins sur ce point, de distinguer entre les médicaments et les dispositifs médicaux.

Par conséquent, la commission émet un avis défavorable sur cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement émet le même avis que la commission.

Sur l'amendement n° 360 rectifié *bis*, l'externalisation de l'organisation de certaines manifestations doit à l'évidence pouvoir être réintégrée dans la comptabilité des frais de promotion. Sinon, des stratégies de contournement manifeste seraient élaborées. L'avis est donc clairement défavorable.

S'agissant de l'amendement n° 185, les dispositifs médicaux non remboursables n'entrent pas dans l'assiette de la taxe, qui, par définition, s'applique seulement aux médicaments ou aux dispositifs médicaux remboursables. L'avis est par conséquent défavorable.

Quant à l'amendement n° 241, l'argumentation est la même que celle que nous avons formulée pour les frais de congrès. Il n'y a aucune raison d'exclure les dispositifs médicaux de l'organisation d'ensemble qui a été proposée. Aussi, l'avis est défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 360 rectifié *bis*.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 185.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 241.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Alain Milon, pour explication de vote sur l'article.

M. Alain Milon. Je ferai une brève explication de vote, malgré l'heure tardive.

Cet article élargit l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments.

Madame la ministre, vous proposez d'intégrer les dépenses liées aux congrès scientifiques. Plusieurs laboratoires nous ont fait part de leur mécontentement. Cette nouvelle mesure aura pour conséquence une hausse substantielle de cette contribution, par exemple de plus de 60 % pour une entreprise employant 1 800 salariés.

Une telle augmentation ne peut qu'avoir un impact négatif sur la participation d'entreprises françaises à ces manifestations. À terme, elle va entraîner une baisse des sommes taxables et donc des recettes.

Mais au-delà du fait que cette nouvelle taxe n'est pas rentable, elle n'a fait l'objet d'aucune concertation préalable et intervient dans un contexte déjà contraint pour les entreprises du médicament. Je rappelle que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 fait peser sur ces entreprises la moitié des économies escomptées, soit 1 milliard d'euros, alors que le médicament ne représente que 15 % des dépenses d'assurance maladie.

Par ailleurs, ce type de mesure risque d'aggraver l'image déjà négative de notre pays du point de vue de la compétitivité de ces entreprises. N'oublions pas que cette industrie représente plus de 100 000 emplois en France.

Nous pensons que la fiscalité de cette industrie devrait être plus simple, plus efficace et plus favorable à l'innovation. Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale traduit une orientation contraire et le groupe UMP votera contre cet article.

M. le président. Je mets aux voix l'article 24 *ter*, modifié.

(L'article 24 *ter* est adopté.)

B. Commission mixte paritaire : désaccord

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

- a. **Rapport n°430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Lévy**

Article 24 *ter*

Cet article, inséré à l'initiative de votre Commission, vise à étendre l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux.

En séance, la ministre des affaires sociales et de la santé a annoncé que l'élargissement de la contribution aux frais de congrès et de manifestations contribuerait au financement de la démocratie sanitaire, *via* le Fonds d'intervention régional.

*

L'amendement AS 50 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

La Commission examine les amendements identiques AS 7 de M. Arnaud Robinet et AS 51 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. Il faut soutenir la recherche et l'innovation dans notre pays, ainsi que l'emploi.

L'assiette de la contribution des entreprises pharmaceutiques ne doit concerner que les opérations faisant mention d'une spécialité remboursable ou inscrite sur la liste des spécialités agréées. La communication institutionnelle, destinée à informer le public notamment sur les pathologies sans aucune mention d'une spécialité pharmaceutique, doit rester en dehors de l'assiette de la taxe. Tel est l'objet de mon amendement.

M. Dominique Tian. L'amendement AS 51 a le même objet.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Les laboratoires utilisent des images affriolantes pour faire leur publicité de façon détournée. C'est pourquoi nous avons voté l'amendement suggéré par la présidente Catherine Lemorton en première lecture. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements AS 7 et AS 51.

Puis elle examine l'amendement AS 89 de Mme Geneviève Levy.

M. Jean-Pierre Door. Nous souhaitons revenir sur l'élargissement de l'assiette des taxes de promotion adopté en première lecture. En effet, grâce au financement des congrès par les entreprises pharmaceutiques, des générations de jeunes médecins ont pu se former, se mettre au courant des progrès scientifiques, et communiquer en anglais. Or, lors du dernier congrès de l'*American Heart Association*, les Français étaient très peu nombreux, car ils n'ont plus les moyens de se déplacer. De plus, la presse médicale française, déjà mal en point, assurait les comptes rendus de ces congrès. Vous allez encore aggraver ses difficultés. Je ne vous donne pas six mois pour qu'il n'y ait plus de présence française du tout dans les congrès organisés au Royaume-Uni ou aux États-Unis.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Nous avons essayé, avec votre majorité de l'époque, de rendre la formation des prescripteurs indépendante des laboratoires. Votre position est donc surprenante.

En outre, vous avez voté la loi sur l'autonomie des universités, qui autorise les laboratoires à être présents au sein même des centres hospitaliers universitaires CHU et à former nos internes ! Je ne m'inquiète donc pas trop pour l'industrie pharmaceutique.

Quant aux cours d'anglais, il en existe dans les universités, justement.

M. Jean-Pierre Door. Je parlais de la possibilité pour les médecins de se rendre dans les congrès scientifiques internationaux, et non de l'université française ! Ce que vous faites ici est grave.

Mme la présidente Catherine Lemorton. L'aéronautique utilise beaucoup la vidéo-conférence pour la formation : l'industrie pharmaceutique doit pouvoir y arriver aussi !

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'article 24 *ter* vise à dégager 5 millions d'euros pour financer la démocratie sanitaire.

De plus, les frais visés sont ceux engagés pour l'organisation des congrès : vous savez bien que le financement des congrès est une forme de *marketing*. Rien n'empêche en revanche les entreprises de financer les déplacements des professionnels, à condition bien sûr que cela apparaisse sur la déclaration publique d'intérêts. Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 89.

Puis elle examine les amendements identiques AS 19 de M. Arnaud Robinet, AS 52 de M. Dominique Tian et AS 100 de Mme Bérengère Poletti.

M. Arnaud Robinet. C'est le rayonnement de la France qui m'importe : nous devons demeurer un pays d'excellence dans le domaine des sciences du vivant. Or, l'adoption de l'article 24 *ter* en l'état aura pour conséquence la délocalisation des congrès hors de France et l'arrêt des publications en langue française. C'est pourquoi j'ai déposé cet amendement.

M. Denis Jacquat. Le rapporteur a rejeté le précédent amendement au nom de la démocratie sanitaire. C'est la première fois que j'entends un tel argument.

M. Dominique Tian. En votant cet article, vous allez provoquer une catastrophe économique. Il n'y a pas de congrès sans *sponsor*, c'est-à-dire sans la participation de l'industrie pharmaceutique. Or ces colloques médicaux, qui sont souvent importants, qui rassemblent souvent des congressistes venus du monde entier, représentent une véritable manne financière pour de nombreuses villes. On peut bien sûr discuter des modalités de la sponsorship, mais faites bien attention.

De plus, monsieur le rapporteur, il me semble que les « *dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport* » sont bien incluses dans l'assiette de la taxe, contrairement à ce que vous sembliez avancer.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je vois une contradiction dans votre argumentation, monsieur Tian : moins les congrès seront chers, plus ils seront attractifs ; les entreprises françaises ont donc tout intérêt à les organiser en France !

Monsieur Robinet, il n'y a plus de publications scientifiques d'une quelconque importance en français. On peut le déplorer, mais c'est ainsi : toutes nos équipes publient en anglais.

Avis défavorable.

M. Dominique Tian. Sans sponsor, il n'y aurait pas de congrès de l'Association des maires de France : les élus seraient-ils plus vertueux que les autres ?

La Commission rejette les amendements AS 19, AS 52 et AS 100.

Puis elle examine les amendements identiques AS 22 de M. Arnaud Robinet et AS 53 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. C'est un amendement de coordination.

M. Dominique Tian. Défendu.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Avis défavorable. Et le congrès des maires n'est pas pris en charge par l'assurance maladie, monsieur Tian...

La Commission rejette les amendements AS 22 et AS 53.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS 17 de M. Arnaud Robinet et AS 54 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. Cet amendement vise à supprimer les alinéas 4 à 9 de l'article 24 *ter*, afin de mettre un terme à une disparité fiscale entre les entreprises qui peuvent internaliser et celles qui doivent sous-traiter leurs dépenses de promotion.

Les entreprises les plus touchées par cette taxation accrue seront celles de petite taille, qui ont moins la capacité d'internaliser, ainsi que les *start-up* ou les entreprises mettant sur le marché de nouveaux médicaments dont il faut assurer la promotion puisqu'ils ne sont pas encore connus. Or ces entreprises ne disposent pas nécessairement, pour informer le corps médical, d'une structure adéquate, et n'ont pas forcément la capacité de la créer.

M. Dominique Tian. L'amendement AS 54 est défendu.

M. Gérard Bapt, rapporteur. L'article 24 *ter*, issu d'un amendement déposé par Mme la présidente de la commission en première lecture, a justement pour but d'assurer la neutralité des dépenses de promotion, qu'elles soient réalisées en régie ou sous-traitées. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements AS 17 et AS 54.

Puis elle examine les amendements identiques AS 20 de M. Arnaud Robinet et AS 55 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. Les entreprises ont besoin que notre système fiscal soit lisible. C'est vrai non seulement des entreprises pharmaceutiques, mais aussi des autres : je me suis ainsi entretenu hier avec une entreprise du domaine agroalimentaire. Cet amendement vise donc à prévoir que cette taxation accrue ne puisse pas être rétroactive et s'applique à compter de 2013.

M. Dominique Tian. J'approuve ces propos. Il faudrait même inscrire dans la Constitution que les lois ne sont pas rétroactives !

Mme la présidente Catherine Lemorton. M. le Premier ministre a, je le signale, annoncé la réunion prochaine du Conseil stratégique des industries de santé. Il sera d'ailleurs réuni de façon très régulière, et non seulement lorsqu'une crise survient.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je note que Dominique Tian nous propose une réforme d'envergure : les impôts votés en 2012 ne seraient, grâce à son système, applicables qu'en 2014.

Plus sérieusement, je rappelle que la somme en jeu est de 5 millions d'euros, et qu'il y a un abattement de 50 % sur les frais de congrès.

En outre, les industries pharmaceutiques demeurent éminemment rentables. Avis défavorable.

La Commission rejette les amendements AS 20 et AS 55.

*Elle adopte ensuite l'article 24 *ter* sans modification.*

b. Amendements

1 - Amendement n°131 présenté par M. Tian

À la première phrase de l'alinéa 3, substituer aux mots :

« ainsi que les »

les mots :

« à l'exclusion des ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La disposition visée par l'article a pour effet d'inclure dans l'assiette de la contribution des entreprises l'ensemble des frais liés à des congrès et des manifestations scientifiques, incluant également les publications scientifiques.

Compte tenu de l'augmentation particulièrement substantielle de la taxe que cette modification d'assiette implique, son effet immédiat sera la délocalisation des congrès scientifiques hors de France et l'arrêt des publications en langue française.

Cette raréfaction des congrès scientifiques médicaux de haut niveau affectera le rayonnement scientifique de la recherche et de la médecine française à un moment où il conviendrait pourtant de conforter la vocation de notre pays à demeurer un pays d'excellence dans le domaine des sciences du vivant.

Le présent amendement vise à éviter une telle perspective.

2 - Amendement N°133 présenté par M. Tian

Supprimer les alinéas 4 à 9.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La suppression de ces alinéas vise à faire disparaître une disparité fiscale introduite entre les entreprises qui peuvent « internaliser » et celles qui doivent sous-traiter leurs dépenses de promotion.

Les entreprises les plus touchées par cette taxation accrue seront celles de petite taille qui, par définition, ont moins la capacité d'internaliser ainsi que les start-up ou les entreprises mettant sur le marché des nouveaux médicaments, plus à même de devoir être « promus » car méconnus, sans que pour autant ces entreprises aient une structure préexistante ou la capacité financière à la créer, pour cette activité d'information initiale du corps médical.

3 - Amendement n°134 (Rect) présenté par M. Tian

Compléter cet article par l'alinéa suivant :

« II. – Le présent article est applicable pour les dépenses effectuées au cours de l'année civile 2013. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les dispositions de cet article s'appliquent aux dépenses effectuées au cours de l'année 2012.

Or, les entreprises concernées ont besoin de lisibilité fiscale pour pouvoir continuer à investir dans notre pays.

Tel est le but du présent amendement qui vise à ce que cette taxation accrue ne puisse être rétroactive et s'applique à compter de 2013.

4 - Amendement n°275 présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (recettes et équilibre général) le 26 novembre 2012

À l'alinéa 8, substituer au taux :

« 50 % »,

le taux :

« 75 % ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à porter l'abattement applicable à la taxation des frais de congrès de 50 % à 75 %. Il s'agit ainsi de ne pas pénaliser excessivement les entreprises pharmaceutiques qui organisent des congrès scientifiques, congrès qui demeurent des lieux de formation et d'échange pour les professionnels et des instruments de médiatisation des avancées en matière de recherche et développement.

5 - Amendement n°276 (rect.) présenté par M. Bapt le 26 novembre 2012

À l'alinéa 16, substituer au nombre :

« 50 »

le nombre :

« 75 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de coordination

6 - Amendement n°102 présenté par M. Bapt le 22 novembre 2012

À la seconde phrase de l'alinéa 3, après le mot :

« mentionnant »,

insérer le mot :

« exclusivement ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit ici d'exclure plus explicitement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion les frais de publication mentionnant un médicament non remboursable.

c. Compte-rendu des débats – 2ème séance du 26 novembre 2012

Article 24 *ter*

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, inscrite sur l'article.

Mme Dominique Orliac. Le rayonnement de la recherche scientifique française, notamment dans le domaine de la médecine, pourrait être touché par cet article, à un moment où il faudrait au contraire conforter la vocation de notre pays à demeurer un pôle d'excellence dans les sciences du vivant. Cet article risque d'entraîner la délocalisation des congrès scientifiques hors de France et l'arrêt des publications françaises, ce qui serait très dommageable pour notre pays.

M. Jean-Pierre Door. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 129, tendant à supprimer l'article.

M. Dominique Tian. Comme notre collègue vient de l'évoquer, cet article nous pose un vrai souci, non seulement pour les congrès médicaux en eux-mêmes – c'est évident –, mais aussi dans le domaine économique, car ces événements sont importants pour un certain nombre de villes. Or, quasiment la moitié des congrès qui se déroulent en France concernent la médecine.

Nous sommes donc très attentifs aux modifications qui pourraient être apportées. Je crois d'ailleurs que Mme la ministre va faire une annonce sur le sujet dans quelques instants. Pour l'instant, force est de reconnaître que l'ensemble des professionnels du tourisme est très inquiet.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Souvenons-nous de l'origine de cet article.

D'une part, il y a l'initiative de la présidente de la commission d'élargir l'assiette aux dépenses de promotion dans la presse grand public.

D'autre part, il s'agit d'éviter tout dévoiement de la réglementation actuelle. En effet, certaines dépenses de promotion, tout en ciblant une pathologie ou une problématique de santé, ne mentionnent pas le nom de la spécialité et n'entrent donc pas dans l'assiette de la taxe, ce qui est une manœuvre de contournement. Cette extension devrait rapporter suffisamment pour la CNAM, d'une part, et pour la HAS, de l'autre, notamment en vue de financer les associations et la démocratie sanitaire. Voilà pourquoi la commission a repoussé cet amendement de suppression.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable. Au fond, monsieur Tian, votre amendement, qui tend à supprimer l'article, revient à contester le principe même de l'intégration des frais de congrès dans la taxe sur la promotion des produits de santé ; cela ne nous paraît pas acceptable. En effet, il ne fait guère de doute que les dépenses de promotion qui font l'objet d'une sous-traitance et l'intégration des dépenses liées aux congrès

sont directement liées à la volonté des laboratoires pharmaceutiques de démultiplier leur stratégie en direction des professionnels de santé.

Pour autant, comme je l'ai indiqué à l'occasion d'autres amendements, nous accepterons une modulation de la taxe. À ce stade, cependant, je donne un avis défavorable sur votre amendement.

(L'amendement n° 129 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 130.

M. Dominique Tian. Il est défendu.

(L'amendement n° 130, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi de quatre amendements, n^{os} 131, 178, 191 et 3, pouvant être soumis à une discussion commune.

Les amendements n^{os} 131, 178 et 191 sont identiques.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 131.

M. Dominique Tian. Mme la ministre indiquait que des modulations seraient acceptées, notamment sur les frais de congrès. Or l'article, en son état actuel, aurait pour effet d'inclure dans l'assiette de la contribution des entreprises l'ensemble des frais liés à des congrès et des manifestations scientifiques, y compris les publications scientifiques. Le débat sur les modulations sera donc tout à fait intéressant ; cela devrait rassurer, au moins en partie, les professionnels du tourisme.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 178.

M. Jean-Pierre Door. Je ne peux qu'aller dans le même sens que mon collègue Dominique Tian. Comme on l'a déjà dit en commission des affaires sociales, cet article risquerait de pénaliser un peu trop les entreprises pharmaceutiques dans le domaine de la promotion, au niveau des congrès comme des publications de leurs actes, ce qui serait contre-productif.

J'en ai eu l'exemple dernièrement avec des congrès américains : la participation française était devenue extrêmement faible dès l'instant où nos compatriotes n'avaient plus la possibilité de s'y rendre. Ce ne sont d'ailleurs pas en priorité les professeurs et les chefs de service qui sont touchés, mais les internes et les chefs de clinique.

Mme la ministre a dit qu'elle allait introduire des modulations, de manière à régler le problème. Cela dit, je voudrais évoquer dès maintenant – cela m'évitera de reprendre la parole sur ce sujet – l'exposé des motifs de l'amendement n° 275 de M. Bapt, qui vise à substituer au taux de 50 % un taux de 75 %. Il y est écrit qu'il s'agit « de ne pas pénaliser excessivement les entreprises pharmaceutiques ». J'ai envie de demander si vous pénalisez un peu, beaucoup, excessivement ou passionnément ! *(Sourires sur les bancs du groupe UMP.)*

M. Dominique Tian. Il vaudrait mieux pas du tout !

M. Jean-Pierre Door. Écrire que l'on ne doit pas pénaliser excessivement, c'est avouer que l'on pénalise, ce qui est dommage !

M. Dominique Tian. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n° 191.

Mme Dominique Orliac. Moi aussi, madame la ministre, j'ai bien entendu vos propos. Compte tenu de l'augmentation particulièrement substantielle de la taxe que cette modification d'assiette impliquerait, son effet immédiat pourrait être la délocalisation des congrès scientifiques hors de France et l'arrêt des publications en langue française.

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 3.

Mme Geneviève Levy. Nous avons tous rappelé à quel point nous sommes attentifs à ce que vous allez nous proposer, madame la ministre. Je voudrais tout de même dire une fois encore que, s'il n'était pas modifié, cet article aurait pour effet de compromettre l'équilibre à court et long terme du financement des congrès scientifiques et des sociétés dans notre pays, qui repose beaucoup sur les partenariats conclus avec l'industrie. Il faut donc que nous soyons extrêmement vigilants sur les risques que comporte cet article et les conséquences qu'il peut entraîner.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. La commission a repoussé ces amendements, au profit de celui que nous présenterons prochainement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 131, 178, 191 ne sont pas adoptés.)

(L'amendement n^o 3 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 132.

M. Dominique Tian. Amendement de coordination, ce qui fera plaisir à M. Bapt. Il s'agit d'insérer, après le mot « rapportent », le mot « et ». Ça change tout ! (*Sourires*)

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Défavorable. Cette précision est inutile.

(L'amendement n^o 132, repoussé par le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir l'amendement n^o 102.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit d'exclure plus explicitement de l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion les frais de publication mentionnant un médicament, quand celui-ci n'est pas remboursable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable. C'est la reprise d'un amendement présenté au Sénat, qui permet de clarifier le dispositif. Il s'agit d'exclure de l'assiette tout ce qui va dans le sens de la recherche et de l'innovation scientifique.

(L'amendement n^o 102 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 133 et 195.

La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n^o 133.

M. Dominique Tian. La suppression des alinéas 4 à 9 vise à faire disparaître une disparité fiscale introduite entre les entreprises qui peuvent internaliser et celles qui doivent sous-traiter leurs dépenses de promotion.

Les entreprises les plus touchées par cette taxation accrue seront celles de petite taille qui, par définition, ont moins la capacité d'internaliser ainsi que les start-up ou les entreprises mettant sur le marché de nouveaux médicaments.

M. le président. La parole est à Mme Dominique Orliac, pour soutenir l'amendement n^o 195.

Mme Dominique Orliac. Cet amendement vise à supprimer la disparité fiscale entre les entreprises qui internalisent et celles qui sous-traitent leurs dépenses de promotion. Parmi ces dernières, certaines le font tout simplement pour contourner la taxe, alors que la plupart des laboratoires internalisent et se trouveront, de fait, davantage taxés.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Ces amendements soulèvent un problème, celui de la disparité entre les entreprises qui externalisent, mais nationalement, en quelque sorte, et les multinationales qui externalisent, par l'intermédiaire d'une holding ou d'une fondation, afin d'échapper à cette taxation. Nous ne cherchons pas à pénaliser la sous-traitance ; ce sont les dépenses de même nature qui seront incluses dans l'assiette de la taxe. Certains laboratoires ne l'ont pas compris et nous ont alertés. Les services de Bercy m'ont assuré que ce n'est pas l'ensemble des sommes consacrées aux filiales externalisées mais uniquement les dépenses spécifiquement concernées qui seront prises en compte. Sous réserve de ces explications et de l'adoption de l'amendement que je vous présenterai bientôt, la commission a rejeté ces amendements.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 133 et 195 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n^o 4.

Mme Geneviève Levy. Il est défendu.

(L'amendement n^o 4, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n^o 275.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Cet amendement vise à porter l'abattement applicable à la taxation des frais de congrès de 50 % à 75 %, afin de ne pas pénaliser excessivement les entreprises pharmaceutiques qui organisent des congrès scientifiques, congrès qui demeurent des lieux de formation et d'échange pour les professionnels, nous en sommes bien conscients. Le produit de cette taxe servira à financer la démocratie sanitaire. Nos calculs montrent que, malgré cet abattement, il sera suffisant pour mieux financer les activités de ces associations indépendantes.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable. Monsieur Door, l'objectif de cet article n'est pas de pénaliser...

M. Jean-Pierre Door. Excessivement !

Mme Marisol Touraine, ministre. ...mais de faire en sorte que les dépenses de promotion soient clairement identifiées et encadrées comme telles. Un amendement avait été présenté en première lecture par le rapporteur Christian Paul, qui visait à asseoir le financement de la démocratie sanitaire sur des ressources pérennes. L'assiette de la taxe avait été sous-estimée. Cet amendement de la commission ne remet pas en cause le financement de la démocratie sanitaire, un enjeu important, et permet de mettre en place un taux raisonnable, qui ne peut en aucun cas apparaître comme trop brutal ou excessif. Il s'agit d'encadrer les dépenses de promotion, pas de pénaliser les laboratoires qui organisent des congrès. On sait l'utilité et l'intérêt de ceux-ci, dès lors qu'ils ciblent principalement la recherche et les échanges scientifiques.

(L'amendement n° 275 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy, pour soutenir l'amendement n° 5 rectifié.

Mme Geneviève Levy. Il est défendu.

(L'amendement n° 5 rectifié, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt pour soutenir l'amendement n° 276 rectifié.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Amendement de coordination.

(L'amendement n° 276 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 134 rectifié.

M. Dominique Tian. Les dispositions de cet article s'appliquent aux dépenses effectuées au cours de l'année 2012. Or les entreprises concernées ont besoin de lisibilité fiscale afin de continuer à investir dans notre pays. Le présent amendement vise à ce que cette taxation accrue ne puisse être rétroactive et ne s'applique qu'à compter de 2013.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur. Avis défavorable. Il n'y a pas de rétroactivité. Nous sommes en train de discuter de la taxation en 2013, qui se fera sur les éléments de l'année 2012.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable, pour les mêmes raisons.

(L'amendement n° 134 rectifié n'est pas adopté.)

(L'article 24 ter, amendé, est adopté.)

d. Texte adopté par l'AN

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 245-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publicitaires », la fin du 3° est ainsi rédigée : « , quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent, à l'exception des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant exclusivement une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code, ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; »

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3° à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités

inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. » ;

2° La première phrase du 1° du II du même article est ainsi rédigée :

« À un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I. » ;

3° À la première ligne de la première colonne du tableau du dernier alinéa du III du même article, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

4° L'article L. 245-5-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publicitaires, », la fin du 3° est ainsi rédigée : « quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent ; »

b) Après le 3°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des produits et prestations dont l'entreprise assure la fabrication, l'importation ou la distribution, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 et celui de l'ensemble des produits et prestations fabriqués, importés ou distribués par l'entreprise. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. » ;

c) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il est procédé à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3°. »

2. Sénat

a. Rapport n° 164 déposé le 27 novembre 2012 par Yves Daudigny

L'article 24 *ter* étend l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et des dispositifs médicaux. A l'initiative de notre collègue député Gérard Bapt, l'Assemblée nationale a adopté **trois amendements**. Le premier, déjà présenté au Sénat au nom de la commission et à l'initiative de son rapporteur général, apporte une précision rédactionnelle pour éviter les contournements éventuels de la législation. Les deux autres, respectivement relatifs aux médicaments et aux dispositifs médicaux, **portent de 50 % à 75 % l'abattement d'assiette dont bénéficient les dépenses liées aux frais de congrès** ; cette mesure de prudence est cohérente avec la préoccupation exprimée au Sénat par le rapporteur général lors de la discussion du projet de loi de financement en première lecture.

b. Compte-rendu des débats Sénat– séance du 29 novembre 2012

Article 24 *ter*

M. le président. L'amendement n° 26, présenté par MM. Milon et Gilles, Mmes Bouchart et Bruguière, M. Cardoux, Mme Cayeux, M. de Raincourt, Mme Debré, M. Dériot, Mme Deroche, M. Fontaine, Mmes Giudicelli et Kammermann, MM. Laménie, Longuet, Lorrain et Pinton, Mme Procaccia, M. Savary et les membres du groupe Union pour un Mouvement Populaire, apparentés et rattachés, est ainsi libellé :

Supprimer cet article.

La parole est à M. René-Paul Savary.

M. René-Paul Savary. Nous demandons la suppression de l'article 24 *ter* du fait des coûts qu'il impliquerait pour l'industrie pharmaceutique.

Même si l'Assemblée nationale a porté l'abattement applicable à la taxation des frais de congrès de 50% à 75 %, cet abattement ne sera plus acceptable et nuira fortement, non seulement aux laboratoires et à la presse médicale, mais aussi et surtout à l'industrie des congrès et des expositions, qui se détournerait de notre pays.

Il s'agit, là encore, d'une atteinte à la compétitivité de nos entreprises.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. Sur le fond, rappelons-le, cet article vise à élargir l'assiette de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques. Nous pensons que cette extension n'est ni injustifiée, ni insoutenable. Qui plus est, elle a été atténuée par un amendement adopté lundi à l'Assemblée nationale, qui porte l'abattement sur les frais de congrès de 50 % à 75 %.

La commission émet donc un avis défavorable sur cet amendement de suppression.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. J'émetts également un avis défavorable.

L'organisation de congrès participe en partie à la mise en place des stratégies de promotion des laboratoires ; il est donc naturel qu'une contribution, au titre de la promotion, leur soit demandée.

Nous voulons profiter de l'instauration de cette taxe pour établir un financement pérenne de la démocratie sanitaire qui doit, aujourd'hui, être mieux établie. J'ajoute que nous avons tenu compte des préoccupations qui se sont exprimées, car la taxation de l'organisation des congrès à 50 % apparaissait à certains comme une marche un peu haute à monter. De plus, il faut le reconnaître, ces congrès présentent non seulement un caractère scientifique mais sont aussi un lieu d'échange d'information entre professionnels.

L'Assemblée nationale, avec l'accord du Gouvernement, a donc voté en nouvelle lecture un dispositif portant de 50 % à 75 % l'abattement sur les frais de congrès intégrés dans la base de la taxe sur les dépenses de promotion. Il me semble que nous avons trouvé là un compromis favorable, qui permet de satisfaire l'ensemble des objectifs visés par le Gouvernement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 26.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 64, présenté par M. Amoudry, Mmes Dini et Jouanno, MM. Marseille, Roche, Vanlerenberghe et les membres du groupe Union des Démocrates et Indépendants - UC, est ainsi libellé :

I. - Alinéa 11

Après le mot :

immatérielle

supprimer la fin de cet alinéa.

II. – Pour compenser la perte de recettes résultant du I ci-dessus, compléter cet article par un paragraphe ainsi rédigé :

... – La perte de recettes résultant pour l'État du présent article est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

La parole est à M. Jean-Marie Vanlerenberghe.

M. Jean-Marie Vanlerenberghe. Madame la ministre, j'ai entendu vos arguments et je crois qu'il n'est pas nécessaire de débattre de cet amendement ; je le retire donc.

M. le président. L'amendement n° 64 est retiré.

Je mets aux voix l'article 24 *ter*.

(L'article 24 *ter* est adopté.)

c. Texte adopté par le Sénat

Aucun – Rejet du projet de loi

D. Texte adopté

(AN NL) Article 28 ~~24^{ter}~~

Le même code est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 245-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publicitaires », la fin du 3° est ainsi rédigée : « , quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent, à l'exception des échantillons mentionnés à l'article L. 5122-10 du code de la santé publique. Sont toutefois exclus les frais de publication et les achats d'espace publicitaire mentionnant exclusivement une spécialité pharmaceutique qui n'est inscrite ni sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code, ni sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ; »

b) Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des spécialités pharmaceutiques, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ou sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France en spécialités pharmaceutiques. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. » ;

2° La première phrase du 1° du II du même article est ainsi rédigée :

« À un abattement forfaitaire égal à 2,5 millions d'euros, à un abattement de 3 % des dépenses mentionnées au 1° du I et à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3° du même I. » ;

3° À la première ligne de la première colonne du tableau du dernier alinéa du III du même article, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

4° L'article L. 245-5-2 est ainsi modifié :

a) Après le mot : « publicitaires, », la fin du 3° est ainsi rédigée : « quelle que soit la nature du support retenu et quelle que soit sa forme, matérielle ou immatérielle, ainsi que les frais de congrès scientifiques ou publicitaires et des manifestations de même nature, y compris les dépenses directes ou indirectes d'hébergement et de transport qui s'y rapportent ; »

b) Après le 3°, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Des prestations externalisées de même nature que celles mentionnées aux 1° à 3°, à hauteur du montant hors taxe facturé.

« Lorsque la comptabilité de l'entreprise ne permet pas d'isoler les charges définies aux 1° à 4° parmi celles de même nature afférentes à l'ensemble des produits et prestations dont l'entreprise assure la fabrication, l'importation ou la distribution, la répartition de ces charges s'effectue forfaitairement par application du rapport entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des produits et prestations mentionnés à l'article L. 245-5-1 et celui de l'ensemble des produits et prestations fabriqués, importés ou distribués par l'entreprise. Ce rapport est exprimé en pourcentage arrondi, le cas échéant, au centième par défaut. » ;

c) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il est procédé à un abattement de 75 % des frais de congrès mentionnés au 3°. »

Décision n° 2012 - 659 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 37 (ex 33)

(Financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la Mutualité sociale agricole)

Article, consolidation, travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article	4
II. Consolidation	7
III. Travaux parlementaires	20

Table des matières

I. Article	4
A. Texte adopté.....	4
- (AN NL) Article 37 33	4
II. Consolidation	7
A. Code rural et de la pêche maritime	7
- Article L. 712-1.....	7
- Article L. 722-1.....	8
- Article L. 722-4.....	8
- Article L. 722-9.....	9
- Article L. 722-20.....	9
- Article L. 723-11.....	10
- Article L. 726-2.....	11
- Article L. 731-2.....	12
- Article L.731-3.....	12
- Article L. 731-10.....	13
- Article L. 731-13.....	13
- Article L.731-28.....	14
- Article L. 731-38.....	14
- Article L. 731-45.....	14
- Article L. 741-1.....	15
- Article L. 762-10.....	15
- Article L. 762-11	15
- Article L. 762-12.....	15
- Article L. 762-21.....	16
- Article L. 762-24.....	16
B. Code de la sécurité sociale	16
- Article L. 134-6.....	16
- Article L. 134-9	17
- Article L. 134-10.....	17
- Article L. 134-11-1	17
- Article L. 241-6.....	18
- Article L. 762-33.....	19
III. Travaux parlementaires	20
A. Première lecture	20
1. Assemblée nationale	20
a. Projet de loi n° 287, déposé le 10 octobre 2012	20
- Article 33	20
b. Etude d'impact.....	23
- ARTICLE 33.....	23
c. Amendements	31
d. Rapport n° 302 de Tome I de M. Gérard Bapt (recettes et équilibre général).....	32
- Article 33	32
e. Amendements	34
f. Compte-rendu des débats – 3 ^e séance du 25 octobre 2012	35
2. Sénat.....	36
a. Projet de loi.....	36
- Article 33	36
b. Rapport n° 107, Tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy - Examen des articles	38

c. Compte-rendu des débats – séance du 15 novembre 2012	41
B. Commission mixte paritaire : échec	43
C. Nouvelle lecture	43
1. Assemblée nationale	43
a. Projet de loi.....	43
- Article 33	43
b. Amendements	45
(1) Amendement n° AS 141 présenté par M. Bapt.....	45
(2) Amendement n° AS140 présenté par M. Bapt.....	46
c. Rapport n° 430 de M. Bapt.....	46
d. Amendements	47
(1) AMENDEMENT N°23 (Rect) présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (recettes et équilibre général).....	47
(2) AMENDEMENT N°24 présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (recettes et équilibre général).....	48
e. Compte-rendu des débats – 2 ^e séance du 26 novembre 2012	48
2. Sénat.....	48
a. Projet de loi.....	48
- Article 33	48
b. Rapport n° 164 de M. Daudigny.....	51
c. Compte-rendu des débats – séance du 29 novembre 2012	51
D. Lecture définitive.....	52
1. Assemblée nationale	52
E. Texte adopté.....	53
- (AN NL) Article 37 33	53

I. Article

A. Texte adopté

- (AN NL) Article 37 33

I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 723-11 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; »

b) Il est ajouté un 12° ainsi rédigé :

« 12° 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. » ;

2° Après les mots : « d'application », la fin du dernier alinéa de l'article L. 726-2 est ainsi rédigée : « du présent article. » ;

3° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « prestations d'assurance » sont remplacés par le mot : « assurances » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

4° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des prestations d'assurance » sont remplacés par les mots : « de l'assurance » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

5° L'article L. 731-10 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

6° L'article L. 731-13 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « techniques et complémentaires » sont supprimés ;

b) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 731-38, les mots : « , pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes, » sont supprimés ;

8° Le second alinéa de l'article L. 731-45 est supprimé ;

9° L'article L. 741-1 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

10° L'article L. 762-11 est abrogé ;

11° Les articles L. 762-12 et L. 762-24 sont ainsi modifiés :

a) À la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) Après le mot : « nécessaires », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « à la couverture de ces charges. » ;

12° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 762-21 est supprimée ;

~~13° (supprimé)~~

14° 13° L'article L. 762-33 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

15° 14° Le 1° de l'article L. 722-20 est complété par les mots : « , et salariés des entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente » ;

16° 15° Le 6° de l'article L. 722-1 et le 2° des articles L. 722-4, L. 722-9 et L. 731-28 sont abrogés ;

17° 16° Au troisième alinéa du I de l'article L. 712-1, la première occurrence de la référence : « et 6° » est supprimée ;

18° 17° À l'article L. 762-10, les références : « aux 1° et 2° de » sont remplacées par le mot : « à ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 134-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 134-6. – L'ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général, qui en assurent l'équilibre financier.

« Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Le premier alinéa ne peut en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles. » ;

2° L'article L. 134-9 est abrogé ;

3° ~~2° bis~~ À l'article L. 134-10, les références : « , L. 134-8 et L. 134-9 ci-dessus » sont remplacées par la référence : « et L. 134-8 » ;

4° ~~3°~~ À la fin du premier alinéa de l'article L. 134-11-1, les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code » sont supprimés ;

5° ~~4°~~ L'article L. 241-6 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la caisse nationale des allocations familiales, qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

« Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au premier alinéa comprennent : » ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des cotisations dues par les personnes salariées et non salariées des professions agricoles ; ».

III. – 1. Le I et les 1°, 4° ~~3°~~ et 5° ~~4°~~ du II du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014.

2. Le 2° du II s'applique à compter de la compensation calculée pour l'exercice 2012.
3. 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.
4. Les ~~15°~~ 14° à ~~18°~~ 17° du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2014.

II. Consolidation

Légende (pour les articles consolidés)

- ~~texte barré~~ : dispositions supprimées

- **texte en gras** : dispositions nouvelles

A. Code rural et de la pêche maritime

Livre VII : Dispositions sociales

Titre Ier : Réglementation du travail salarié

Chapitre II : Titre emploi simplifié agricole.

- **Article L. 712-1**

Modifié par LOI n°2009-526 du 12 mai 2009 - art. 139 (V)

I.-L'employeur qui, au moment de l'embauche d'un salarié par contrat à durée déterminée à l'exclusion des contrats visés à l'article L. 122-2 du code du travail, remet au salarié et adresse à la caisse de mutualité sociale agricole les parties qui leur sont respectivement destinées du document appelé " titre emploi simplifié agricole " est réputé satisfaire aux obligations prévues par les articles L. 122-3-1, L. 127-2, L. 127-9, L. 143-3, L. 212-4-3 et L. 320 du code du travail, l'article 87 du code général des impôts, et les articles L. 722-25, L. 741-3, L. 741-5 à L. 741-14 du présent code, ainsi qu'aux déclarations au titre du service de santé au travail et du régime des prestations mentionnées à l'article L. 351-2 du code du travail.

L'inscription sur le registre unique du personnel est réputée accomplie lorsque les employeurs tiennent à la disposition des personnes mentionnées au troisième alinéa de l'article L. 620-3 du code du travail, et pour chacun des salariés concernés, un double du document prévu ci-dessus portant un numéro correspondant à leur ordre d'embauchage.

Le titre emploi simplifié agricole est délivré par les caisses de mutualité sociale agricole aux employeurs qui font appel, au moyen d'un ou plusieurs contrats de travail à durée déterminée, à des salariés occupés dans les activités ou les exploitations, entreprises ou établissements mentionnés aux 1° à 4° ~~et 6°~~ de l'article L. 722-1 ainsi qu'aux 2°, 3° et 6° de l'article L. 722-20.

Par dérogation à l'article L. 143-2 du code du travail, lorsqu'il est fait usage de ce titre, pour des travaux saisonniers, les salariés sont rémunérés à l'issue de chaque campagne saisonnière et au moins une fois par mois.

Par dérogation aux dispositions de l'article 10 de la loi n° 86-966 du 18 août 1986 portant diverses mesures relatives au financement des retraites et pensions, la mention des cotisations patronales de sécurité sociale, d'origine législative, réglementaire ou conventionnelle n'est pas obligatoire sur le titre emploi simplifié agricole.

Le présent article ne s'applique qu'aux contrats répondant à des conditions de durée et de niveau de rémunération fixées par le décret mentionné au II.

II.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article et notamment les mentions qui doivent figurer sur le titre emploi simplifié agricole, les parties de ce document qui doivent comporter la signature du salarié, et les conditions et délais dans lesquels celles-ci sont remises à ses destinataires. Ce décret détermine les cas dans lesquels les formalités prévues au I et la délivrance du titre emploi simplifié agricole doivent être faites par voie électronique.

III.-Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de mise en oeuvre du titre emploi simplifié agricole dans les départements d'outre-mer.

Titre II : Organisation générale des régimes de protection sociale des professions agricoles

Chapitre II : Champ d'application

Section 1 : Personnes non salariées des professions agricoles

Sous-section 1 : Dispositions générales

- **Article L. 722-1**

Modifié par Ordonnance n°2010-461 du 6 mai 2010 - art. 2

Modifié par Ordonnance n°2010-461 du 6 mai 2010 - art. 7 (V)

Le régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles est applicable aux personnes non salariées occupées aux activités ou dans les exploitations, entreprises ou établissements énumérés ci-dessous :

1° Exploitations de culture et d'élevage de quelque nature qu'elles soient, exploitations de dressage, d'entraînement, haras ainsi qu'établissements de toute nature dirigés par l'exploitant agricole en vue de la transformation, du conditionnement et de la commercialisation des produits agricoles lorsque ces activités constituent le prolongement de l'acte de production, ou structures d'accueil touristique, précisées par décret, situées sur l'exploitation ou dans les locaux de celle-ci, notamment d'hébergement et de restauration ;

2° Entreprises de travaux agricoles définis à l'article L. 722-2 ;

3° Travaux forestiers et entreprises de travaux forestiers définis à l'article L. 722-3 ;

4° Etablissements de conchyliculture et de pisciculture et établissements assimilés ainsi qu'activités de pêche maritime à pied professionnelle telle que définie par décret, sauf pour les personnes qui relèvent du régime social des marins ;

5° Activité exercée en qualité de non salariés par les mandataires des sociétés ou caisses locales d'assurances mutuelles agricoles dans les conditions prévues par décret ;

~~6° Entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux ouvriers de façon permanente.~~

- **Article L. 722-4**

Modifié par LOI n° 2009-1673 du 30 décembre 2009 - art. 2 (V)

Modifié par LOI n°2009-1673 du 30 décembre 2009 - art. 2 (V)

Modifié par LOI n°2009-1673 du 30 décembre 2009 - art. 2 (V)

Sont assujettis, dans les conditions fixées par le présent titre et le titre III du présent livre, au régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles :

1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise mentionnés aux 1° à 4° de l'article L. 722-1 sous réserve qu'ils dirigent une exploitation ou une entreprise d'une importance au moins égale ou équivalente à celle définie à l'article L. 722-5, à l'exception des personnes exerçant la profession d'exploitant forestier négociant en bois achetant des coupes en vue de la revente du bois dans des conditions telles que cette activité comporte inscription au registre du commerce ou paiement d'une contribution économique territoriale en tant que commerçant. Sont assimilées à des chefs d'entreprise les personnes exerçant en qualité de non salariées l'activité mentionnée au 5° de l'article L. 722-1 ;

~~2° En ce qui concerne la branche des prestations familiales, les artisans ruraux n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente.~~

Sous-section 2 : Dispositions particulières aux différentes branches

Paragraphe 1 : Prestations familiales.

- **Article L. 722-9**

Créé par Rapport - art. 1 (V) JORF 22 juin 2000

Les dispositions relatives aux prestations familiales sont applicables dans les conditions fixées au titre III du présent livre :

1° Aux personnes non salariées occupées dans les exploitations ou entreprises remplissant les conditions fixées aux articles L. 722-4 à L. 722-7 ;

~~2° Aux artisans ruraux mentionnés au 2° de l'article L. 722-4.~~

Section 2 : Personnes salariées des professions agricoles

Sous-section 1 : Dispositions générales.

- **Article L. 722-20**

Modifié par LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 35

Le régime de protection sociale des salariés des professions agricoles est applicable, dans les conditions fixées par les titres IV, V et VI du présent livre, aux personnes salariées et assimilées énumérées ci-dessous :

1° Salariés occupés aux activités ou dans les entreprises ou établissements définis à l'article L. 722-1, à l'exception de l'activité mentionnée au 5° dudit article, **et salariés des entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente** ;

2° Gardes-chasse, gardes-pêche, gardes forestiers, jardiniers, jardiniers gardes de propriété et, de manière générale, toutes les personnes qui, n'ayant pas la qualité d'entrepreneur, sont occupées par des groupements et sociétés de toute nature ou des particuliers à la mise en état et à l'entretien des jardins ;

3° Employés de maison au service d'un exploitant agricole lorsqu'ils exercent habituellement leur activité sur le lieu de l'exploitation agricole ;

4° Métayers mentionnés à l'article L. 722-21 ;

5° Personnels enseignants des établissements d'enseignement et de formation professionnelle agricoles privés mentionnés à l'article L. 813-8 ;

6° Salariés des organismes de mutualité agricole, des caisses de crédit agricole mutuel, des chambres d'agriculture, du Centre national pour l'aménagement des structures des exploitations agricoles, des coopératives agricoles, des sociétés d'intérêt collectif agricole, des sociétés à caractère coopératif dites fruitières, des sociétés agricoles diverses, des syndicats agricoles, des associations syndicales de propriétaires dont l'objet est agricole et, d'une manière générale, de tout groupement professionnel agricole, de même que les personnels non titulaires de l'établissement " Domaine de Pompadour " dont les contrats ont été transférés à l'Etablissement public Les Haras nationaux ainsi que les agents de droit privé des agences régionales de santé qui demeurent régis par les conventions collectives des organismes de mutualité sociale agricole ;

6° bis Salariés de toute société ou groupement créé après le 31 décembre 1988, dans leur champ d'activité, par les organismes cités au 6°, à condition que leur participation constitue plus de 50 % du capital ;

6° ter Salariés des filiales créées après le 31 décembre 2005 par les sociétés ou groupements mentionnés au 6° bis, à la condition que ces filiales se situent dans leur champ d'activité et que lesdites sociétés et groupements détiennent plus de 50 % du capital de ces filiales ;

6° quater Salariés des organismes, sociétés et groupements mentionnés aux 6°, 6° bis et 6° ter, lorsqu'intervient une modification de la forme ou des statuts desdits organismes, sociétés et groupements, dès lors que cette modification n'entraîne pas la création d'une personne morale nouvelle ;

7° Apprentis et, sous réserve des dispositions de l'article L. 962-4 du code du travail, stagiaires relevant du régime des assurances sociales agricoles occupés dans les exploitations, entreprises, organismes et groupements ci-dessus énumérés ;

8° Lorsque les sociétés dont ils sont les dirigeants relèvent des dispositions des 1° à 4° de l'article L. 722-1, présidents du conseil d'administration, présidents-directeurs généraux, directeurs généraux et directeurs généraux délégués des sociétés anonymes, ainsi que gérants de sociétés à responsabilité limitée, à condition que

lesdits gérants ne possèdent pas, ensemble, plus de la moitié du capital social, étant entendu que les parts appartenant, en toute propriété ou en usufruit, au conjoint, au partenaire lié par un pacte civil de solidarité et aux enfants mineurs non émancipés d'un gérant sont considérées comme possédées par ce dernier ;

9° Présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées lorsque ces sociétés relèvent des 1° à 4° de l'article L. 722-1 ;

10° Dirigeants des associations ayant un objet agricole, remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du d du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ;

11° Administrateurs des groupements mutualistes relevant du 6° du présent article, dès lors qu'ils perçoivent une indemnité de fonction et ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale ;

12° Salariés des centres de gestion agréés et des associations de gestion et de comptabilité dont les statuts prévoient que le conseil d'administration est composé en majorité de membres désignés par des organisations professionnelles agricoles ou des chambres d'agriculture ;

13° Par dérogation aux dispositions de l'article L. 6342-1 du code du travail, les personnes effectuant des stages de formation professionnelle continue conformément aux dispositions de la sixième partie du code du travail, lorsque ces stages sont effectués dans le cadre du plan de professionnalisation permettant de bénéficier des aides au titre de la politique d'installation en agriculture mentionnée à l'article L. 330-1 du présent code ;

14° Par dérogation aux dispositions de l'article L. 5142-1 du code du travail et du 25° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, les personnes exerçant une activité mentionnée à l'article L. 722-1 du présent code et qui sont liées avec une personne morale par un contrat d'appui au projet d'entreprise, dans les conditions définies par l'article L. 127-1 du code de commerce.

Les salariés et assimilés définis au présent article sont désignés dans les titres II à VI du présent livre par les termes salariés agricoles

Chapitre III : Organismes de protection sociale des professions agricoles

Section 1 : Organisation générale de la mutualité sociale agricole

Sous-section 2 : Caisse centrale de la mutualité sociale agricole

- **Article L. 723-11**

Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 101

Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 102

Modifié par LOI n°2007-1786 du 19 décembre 2007 - art. 109

La caisse centrale de la mutualité sociale agricole a pour missions :

1° De représenter la mutualité sociale agricole auprès des pouvoirs publics ;

2° De participer à toutes opérations de nature à faciliter l'exercice par les caisses de mutualité sociale agricole de leurs attributions, notamment :

a) En apportant aux caisses l'information et la documentation relatives à l'application de la législation sociale agricole ;

b) En mettant en oeuvre des traitements automatisés permettant d'identifier sur le plan national les bénéficiaires des régimes de protection sociale agricole et de centraliser les informations nécessaires à la détermination des prestations dues aux assurés ;

c) En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par la caisse centrale ou les organismes de mutualité sociale agricole ;

d) En passant des conventions dans les matières et avec les organismes définis aux articles L. 723-7, L. 723-8 et L. 723-9 qui, lorsqu'elles ont été approuvées par le ministre chargé de l'agriculture, sont applicables de droit dans l'ensemble des organismes de Mutualité sociale agricole ;

~~3° D'assurer la gestion de risques ou de fonds dans les cas prévus par la législation~~ **D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ;**

4° De gérer les opérations de compensation en matière de gestion, d'action sanitaire et sociale et de contrôle médical des caisses de mutualité sociale agricole ;

5° De procéder aux répartitions des recettes et compensations de charges dans les conditions prévues par décret ;

6° De promouvoir et animer l'action sanitaire et sociale ;

7° De promouvoir la prévention des accidents du travail des salariés agricoles ;

8° De promouvoir la prévention des accidents du travail des personnes non salariées mentionnées à l'article L. 752-1 ;

9° De contribuer au développement sanitaire et social des territoires ruraux et, par ses avis, à la définition des orientations et des conditions de mise en oeuvre de la politique de développement rural en matière sanitaire et sociale ;

10° De prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes ;

11° De mettre en oeuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations.

12° 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.

Chapitre VI : Action sanitaire et sociale.

- **Article L. 726-2**

Créé par Rapport - art. 1 (V) JORF 22 juin 2000

Il est créé un fonds spécial d'action sociale destiné à promouvoir et à développer une action sociale en faveur de l'ensemble des bénéficiaires de l'assurance maladie, invalidité, maternité des non-salariés et, particulièrement, des plus défavorisés.

Ce fonds, géré par la mutualité sociale agricole, est administré par un comité national et des comités départementaux d'action sociale où sont représentés exclusivement les organismes et assureurs compte tenu du nombre de leurs adhérents.

~~Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment la part des cotisations complémentaires prévues à l'article L. 731-10 affectée au financement du fonds spécial, les diverses catégories de prestations supplémentaires pouvant être allouées, les règles de fonctionnement du fonds spécial, la composition et le rôle du comité national et des comités départementaux~~

Titre III : Protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles

Chapitre Ier : Financement

Section 1 : Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.

- **Article L. 731-2**

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 16 (V)

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 27

Le financement des ~~prestations d'assurance~~ **assurances** maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, ~~à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10,~~ est assuré par :

1° ~~La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles~~ **Les cotisations dues par les assujettis ;**

2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ;

3° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code ;

4° (Abrogé)

5° Une fraction égale à 43,7 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ;

6° (Abrogé)

7° (Abrogé)

8° Une fraction, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts ;

9° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010,1609 vicies et 1618 septies du code général des impôts ;

10° Une fraction égale à 30,89 % du produit de la contribution sociale de solidarité mentionnée à l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale ;

11° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ;

12° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;

13° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche ;

14° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;

15° Toute autre ressource prévue par la loi.

- **Article L.731-3**

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 27

Le financement ~~des prestations d'assurance~~ **de l'assurance** vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles, ~~à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10,~~ est assuré par :

1° ~~La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance vieillesse et veuvage des non-salariés agricoles~~ **Les cotisations dues par les assujettis ;**

2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;

2° bis Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 bis du code général des impôts ;

3° Une fraction égale à 56,3 % du produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;

4° Le produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;

4° bis Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ;

4° ter Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;

5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;

6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ;

7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;

7° bis Une contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge prévu à l'article L. 732-18-3 ;

8° Toute autre ressource prévue par la loi.

NOTA:

Loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010, article 118 II : Les dispositions de l'article 83 sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1er juillet 2011

Section 2 : Cotisations

Sous-section 1 : Dispositions générales.

- **Article L. 731-10**

Modifié par LOI n°2010-1330 du 9 novembre 2010 - art. 93 (V)

Les cotisations à la charge des assujettis aux prestations familiales et aux assurances maladie, invalidité, maternité, vieillesse et veuvage des non-salariés des professions agricoles sont assises et perçues par les caisses de mutualité sociale agricole et les organismes mentionnés à l'article L. 731-30. ~~Elles sont affectées pour partie au service des prestations et pour partie aux dépenses complémentaires qui comprennent, notamment, les frais de gestion, le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale~~ **Le taux de ces cotisations est fixé par décret.**

~~Un décret fixe les conditions dans lesquelles sont déterminées les cotisations affectées aux dépenses complémentaires au titre des différentes branches du régime des non-salariés mentionnées à l'alinéa ci-dessus~~

- **Article L. 731-13**

Modifié par LOI n°2008-1330 du 17 décembre 2008 - art. 18

Les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole bénéficient d'une exonération partielle des cotisations ~~techniques et complémentaires~~ d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation ou entreprise.

Cette exonération est applicable pendant cinq années civiles aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal à compter de la première année au titre de laquelle des cotisations d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole sont dues. Toutefois, en cas de cessation temporaire d'activité avant la fin de la période d'exonération, le bénéfice de celle-ci est suspendu. Il est rétabli à la reprise d'activité pour la durée d'exonération restant à courir à condition que la cessation d'activité n'excède pas une durée fixée par décret. Pour bénéficier de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et

de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge.

~~Pour l'année 2009, cette exonération est applicable une année supplémentaire aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole pour lesquels la cinquième année civile d'exonération s'est terminée le 31 décembre 2008.~~

Les taux d'exonération, le plafond des exonérations et le montant minimal de cotisations dont les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole sont redevables sont déterminés par décret.

Sous-section 2 : Dispositions particulières

Paragraphe 1 : Prestations familiales

- **Article L.731-28**

Créé par Rapport - art. 1 (V) JORF 22 juin 2000

Sont exonérés de toute cotisation :

1° Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole non employeurs de main-d'oeuvre, présents sous les drapeaux le 1er janvier de l'année au titre de laquelle les cotisations auraient dû être établies ;

~~2° Les artisans ruraux non employeurs de main d'oeuvre, présents sous les drapeaux le premier jour du trimestre au titre duquel les cotisations auraient dû être établies.~~

Paragraphe 2 : Assurance maladie, invalidité et maternité.

- **Article L. 731-38**

Modifié par Loi n°2001-1128 du 30 novembre 2001 - art. 5 JORF 1er décembre 2001 en vigueur le 1er avril 2002

Les cotisations dues pour les personnes mentionnées au 6° de l'article L. 722-10, ~~pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes,~~ sont intégralement à la charge des organismes assureurs débiteurs des pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1er avril 2002.

Les personnes mentionnées au 7° de l'article L. 722-10 sont exonérées de cotisations au titre des rentes visées à l'article L. 752-6.

Section 3 : Autres ressources.

- **Article L. 731-45**

Modifié par Loi - art. 75 JORF 29 décembre 2001

Les ressources des assurances maladie, maternité et invalidité garantissant les personnes mentionnées du 1° au 5° de l'article L. 722-10 sont notamment constituées par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale.

~~A compter de 2002, au sein de la part versée au régime d'assurance maladie des exploitations agricoles en application de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, un prélèvement sur le produit de la contribution sociale généralisée est affecté à la gestion des caisses de la mutualité sociale agricole et des organismes assureurs mentionnés à l'article L. 731-30 du présent code. Le montant du prélèvement est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'agriculture et du budget, dans la limite de 31 millions d'euros.~~

Titre IV : Protection sociale des personnes salariées des professions agricoles

Chapitre Ier : Cotisations et autres financements

Section 1 : Dispositions générales.

- **Article L. 741-1**

Modifié par LOI n°2011-525 du 17 mai 2011 - art. 36

Les cotisations dues au titre des prestations familiales et des assurances sociales pour l'emploi de salariés agricoles peuvent être calculées par les caisses de mutualité sociale agricole qui les recouvrent dans des conditions déterminées par décret. ~~Elles sont affectées pour partie au service des prestations et pour partie aux dépenses complémentaires qui comprennent, notamment, les frais de gestion, le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale.~~ **Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues par décret.**

~~Un décret fixe les conditions dans lesquelles sont déterminées les cotisations affectées aux dépenses complémentaires au titre des différentes branches du régime des salariés~~

Titre VI : Dispositions spéciales

Chapitre II : Protection sociale des non-salariés des professions agricoles dans les départements d'outre-mer

Section 2 : Prestations familiales.

Sous-section 2 : Financement

- **Article L. 762-10**

Créé par Rapport - art. 1 (V) JORF 22 juin 2000

Les exonérations de cotisations prévues ~~aux 1° et 2° de~~ à l'article L. 731-28 sont applicables au régime institué par la présente section.

- **Article L. 762-11**

~~*Créé par Rapport - art. 1 (V) JORF 22 juin 2000*~~

~~Un décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations prévues à l'article L. 762-9 sont majorées pour la couverture des frais de gestion et pour le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale.~~

- **Article L. 762-12**

Créé par Rapport - art. 1 (V) JORF 22 juin 2000

Un décret fixe les conditions dans lesquelles est assurée la couverture par chaque caisse ~~des dépenses de~~ **l'ensemble des charges** résultant de l'application de la présente section. Il précise notamment les conditions dans lesquelles sont mises à la disposition des caisses par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, les sommes nécessaires ~~au règlement des prestations prévues à l'article L. 762-6, ainsi que les conditions dans lesquelles sont assurés la couverture des frais de gestion exposés par les caisses et le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale~~ **à la couverture de ces charges.**

Section 3 : Assurance maladie, invalidité et maternité.

Sous-section 2 : Financement

- **Article L. 762-21**

Modifié par Ordonnance n°2006-870 du 13 juillet 2006 - art. 12 JORF 14 juillet 2006

Le montant des cotisations dues pour la couverture des risques obligatoirement assurés en application de la présente section ainsi que leurs modalités d'appel et d'exigibilité sont fixés par décret. ~~Le même décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations sont majorées pour la couverture des frais de gestion et d'action sociale.~~

Dans le bail à métayage, la cotisation est partagée entre le preneur et le bailleur dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 762-33 pour le partage de la cotisation cadastrale de l'assurance vieillesse.

L'assiette des cotisations dues par les associés exploitants d'une exploitation agricole à responsabilité limitée constituée en application de l'article L. 324-1 est répartie entre les associés exploitants dans les conditions prévues à l'article L. 731-26.

- **Article L. 762-24**

Créé par Rapport - art. 1 (V) JORF 22 juin 2000

Un décret fixe les conditions dans lesquelles est assurée la couverture par chaque caisse ~~des dépenses de l'ensemble des charges~~ résultant de l'application de la présente section. Il précise notamment les conditions dans lesquelles sont mises à la disposition des caisses par la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, les sommes nécessaires ~~au règlement des prestations légales ainsi que les conditions dans lesquelles est assurée la couverture des frais de gestion exposés par les caisses~~ **à la couverture de ces charges.**

B. Code de la sécurité sociale

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 3 : Dispositions communes relatives au financement

Chapitre 4 : Compensation

Section 4 : Relations financières entre le régime général et le régime des salariés agricoles

Sous-section 1 : Assurances sociales et prestations familiales.

- **Article L. 134-6**

Modifié par Loi n°93-936 du 22 juillet 1993 - art. 9 JORF 23 juillet 1993

~~Nonobstant toutes dispositions contraires, l'ensemble des prestations légales d'assurances sociales et d'allocations familiales servies aux salariés du régime agricole ainsi que les ressources destinées à la couverture de ces prestations sont retracées dans les comptes des caisses nationales du régime général, dans les conditions qui sont fixées par décret en Conseil d'Etat, sous réserve du maintien de la gestion des régimes sociaux agricoles par les caisses de la mutualité sociale agricole.~~

~~Cette mesure ne peut en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles.~~

~~Les ressources affectées aux prestations familiales servies aux salariés agricoles sont constituées par :~~

~~1°) une fraction, déterminée chaque année par voie réglementaire, des cotisations fixées à l'article 1062 du code rural destinées au service des prestations légales ;~~

~~2°) les versements du fonds national de surcompensation des prestations familiales au titre des salariés agricoles.~~

~~Les ressources affectées aux assurances sociales des salariés agricoles s'entendent de :~~

~~1°) la fraction des cotisations mentionnées à l'article 1031 du code rural destinée au service des prestations légales ;~~

~~2°) les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815 3 1 ainsi que les contributions du fonds institué par l'article L. 135 1 dans les conditions fixées par l'article L. 135 2.~~

L'ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général, qui en assurent l'équilibre financier.

Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.

Le premier alinéa ne peut en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles.

Sous-section 2 : Accidents du travail et maladies professionnelles

- **Article L. 134-9**

Créé par Décret 85-1353 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985

~~La compensation prévue à l'article L. 134-7 du présent code sera mise en oeuvre intégralement lorsque les taux globaux de cotisations dues au titre de l'emploi des travailleurs salariés agricoles pour les assurances maladie et vieillesse et pour les prestations familiales auront été harmonisés avec les taux de cotisations du régime général de sécurité sociale.~~

~~Jusqu'à réalisation de cette harmonisation, les transferts de compensation à la charge du régime général de sécurité sociale seront calculés en tenant compte, au cours de chaque exercice annuel, de la réduction de l'écart existant au 30 juin 1977 entre les taux de cotisations mentionnés à l'alinéa précédent.~~

NOTA:

Code de la sécurité sociale L134-10 : dispositions applicables dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

- **Article L. 134-10**

Créé par Décret 85-1353 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985

Les dispositions des articles L. 134-7, ~~L. 134-8~~ et L. 134-9, **et L. 134-8** sont applicables aux salariés agricoles relevant du régime d'assurance contre les accidents définis par le code local des assurances sociales en vigueur dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle.

Section 4 bis : Relations financières entre le régime général et le régime des non-salariés agricoles

- **Article L. 134-11-1**

Modifié par Ordonnance n°2010-462 du 6 mai 2010 - art. 1

La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés retrace en solde, dans les comptes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, la différence entre les charges et les produits de la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, ~~à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code.~~

Un décret détermine les conditions d'application du présent article.

Livre 2 : Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.

Titre 4 : Ressources

Chapitre 1er : Généralités

Section 3 : Prestations familiales

- **Article L. 241-6**

Modifié par LOI n°2012-958 du 16 août 2012 - art. 1 (V)

~~Les charges de prestations familiales sont couvertes par des cotisations, ressources et contributions centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.~~

~~Les cotisations et ressources mentionnées à l'alinéa précédent comprennent :~~

Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la caisse nationale des allocations familiales, qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au premier alinéa comprennent :

1° Des cotisations proportionnelles à l'ensemble des rémunérations ou gains perçus par les salariés des professions non agricoles ; des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté ministériel pour certaines catégories de travailleurs salariés ou assimilés ; ces cotisations proportionnelles et forfaitaires sont intégralement à la charge de l'employeur ;

2° des cotisations calculées en pourcentage des revenus professionnels pour les employeurs et travailleurs indépendants des professions non-agricoles, dans des conditions fixées par décret ;

~~3° des cotisations et ressources affectées aux prestations familiales des personnes salariées et non salariées des régimes agricoles ;~~

3° Des cotisations dues par les personnes salariées et non salariées des professions agricoles ;

4° une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1, L. 245-14 et L. 245-15, dans les conditions fixées aux articles L. 136-8 et L. 245-16 ;

5° Le produit de la taxe mentionnée au 2° bis de l'article 1001 du code général des impôts ;

6° La taxe exceptionnelle sur les sommes placées sur la réserve de capitalisation des entreprises d'assurance ;

7° Le prélèvement résultant de l'aménagement des règles d'imposition aux prélèvements sociaux de la part en euros des contrats d'assurance vie multisupports ;

8° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 du présent code, dans les conditions fixées par ce même article.

Section 4 : Assurance vieillesse et assurance veuvage

Sous-section 2 : Financement.

- **Article L. 762-33**

Modifié par Ordonnance n°2006-870 du 13 juillet 2006 - art. 12 JORF 14 juillet 2006

~~Le taux de la cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 est égal à la moitié du taux appliqué dans la métropole~~ **La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation.**

Les modalités de calcul et les taux des cotisations prévues au 2° de l'article L. 731-42 sont fixés par décret. Les personnes morales de droit privé exploitant des terres sont assujetties au paiement de cette cotisation.

Dans le bail à métayage, le preneur et le bailleur sont tenus l'un et l'autre au paiement de la cotisation prévue au premier alinéa du présent article ; la cotisation prévue au deuxième alinéa est partagée entre eux selon une proportion fixée par décret.

~~Un décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations sont majorées pour la couverture des frais de gestion.~~

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 287, déposé le 10 octobre 2012

- **Article 33**

I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 723-11 est ainsi modifié :

a) Le 3° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; »

b) Il est complété par un 12° ainsi rédigé :

« 12° 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. » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 726-2, après les mots : « Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article », la fin de la phrase est supprimée ;

3° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « prestations d'assurance maladie, » sont remplacés par les mots : « assurances maladie, » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

4° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des prestations d'assurance vieillesse » sont remplacés par les mots : « de l'assurance vieillesse » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

5° L'article L. 731-10 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase du premier alinéa est remplacée par la phrase suivante :

« Le taux de ces cotisations est fixé par décret. » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

6° L'article L. 731-13 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « techniques et complémentaires » sont supprimés ;

b) Le troisième alinéa est supprimé ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 731-38, les mots : « , pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes, » sont supprimés ;

8° Le deuxième alinéa de l'article L. 731-45 est supprimé ;

9° L'article L. 741-1 est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase du premier alinéa est remplacée par une phrase ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues par décret. » ;

b) Le deuxième alinéa est supprimé ;

10° L'article L. 762-11 est abrogé ;

11° L'article L. 762-12 est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) Dans la seconde phrase, les mots : « au règlement des prestations prévues à l'article L. 762-6, ainsi que les conditions dans lesquelles sont assurés la couverture des frais de gestion exposés par les caisses et le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale. » sont remplacés par les mots : « à la couverture de ces charges. » ;

12° À l'article L. 762-21, la deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

13° L'article L. 762-24 est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) Dans la seconde phrase, les mots : « au règlement des prestations légales ainsi que les conditions dans lesquelles est assurée la couverture des frais de gestion exposés par les caisses » sont remplacés par les mots : « à la couverture de ces charges » ;

14° L'article L. 762-33 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé.

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 134-6 est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 134-6. – L'ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général qui en assurent l'équilibre financier.

« Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Ces dispositions ne peuvent en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles. » ;

2° L'article L. 134-9 est abrogé ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 134-11-1, les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code » sont supprimés ;

4° L'article L. 241-6 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Art. L. 241-6. – Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la

gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

« Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au précédent alinéa comprennent : » ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des cotisations dues par les personnes salariées et non salariées des professions agricoles ; »

III. – 1° Les dispositions du I et des 1°, 3° et 4° du II du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014 ;

2° Les dispositions du 2° du II du présent article s'appliquent à compter de la compensation calculée pour l'exercice 2012 ;

3° 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.

Exposé des motifs

Les recettes actuellement destinées dans chacune des caisses agricoles locales à couvrir à la fois les dépenses de gestion administrative et d'action sociale d'une part et les charges liées au non-recouvrement des cotisations d'autre part évoluent comme le revenu professionnel des agriculteurs et comme la masse salariale agricole, indépendamment du niveau des dépenses qui, pour les premières sont encadrées par le biais de la convention d'objectifs et de gestion (COG) et pour les secondes sont plutôt inversement corrélées aux résultats du secteur agricole.

Ce mécanisme conduit à une déconnexion entre les besoins des organismes et les ressources affectées et ne permet pas d'optimiser la gestion de la trésorerie des régimes par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) et de limiter les recours aux emprunts externes dans une période pourtant marquée par un rationnement des concours bancaires.

Dans ce contexte, le présent article porte une réforme d'ampleur visant à pérenniser le financement des moyens de fonctionnement des régimes par l'alignement des règles sur celles des autres régimes de sécurité sociale.

La couverture de l'ensemble des dépenses de gestion administrative, action sociale et contrôle médical, sera désormais assurée, dans le respect du plafond fixé dans le cadre du dialogue conventionnel, par un prélèvement à due concurrence sur les recettes des régimes et non plus par le fléchage ex ante d'une part du produit des cotisations. Dans ces conditions, les caisses locales n'auront plus à supporter sur leurs ressources de gestion la différence entre les cotisations dues et les cotisations encaissées.

Cette réforme, qui entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2014, sera conduite dans le respect des valeurs et principes qui fondent la mutualité sociale agricole. En particulier, elle maintiendra inchangées les dates d'appel des cotisations des non salariés agricoles qui resteront fixées par les conseils d'administration des caisses locales, et ne limitera en rien par rapport à la situation actuelle les possibilités de soutien de la MSA aux filières en difficulté. Le niveau global des aides apportées via l'adoption d'échéanciers de paiement des cotisations octroyés aux agriculteurs en difficulté, actuellement financés par le Fonds de Solidarité des Crises Agricoles (FSCA), sera en particulier maintenu. La CCMSA déterminera les enveloppes affectées aux filières en difficulté sans qu'il soit nécessaire de les financer par une réserve dédiée.

La MSA disposera en outre d'une marge de manœuvre accrue pour développer ses activités annexes en application de l'avenant du 19 juillet 2012 à sa convention d'objectifs et de gestion.

Aussi, les recettes et dépenses des caisses locales pourront être régies par un règlement interne à la MSA appliquant une notion d'intéressement pour les caisses de MSA les plus performantes.

La présente réforme permet enfin, dès l'exercice 2012, de progresser dans la voie de la rationalisation des transferts financiers entre les régimes de sécurité sociale. Les modalités de calcul du transfert de compensation versé chaque année par le régime général à la branche AT-MP du régime des salariés agricoles pour plus de 100 M€ seront simplifiées, dans le cadre plus général de la démarche de réexamen des mécanismes de compensation inter-régimes qui sont pour la plupart assis sur des règles très anciennes.

b. Etude d'impact

- **ARTICLE 33**

REFORME DU FINANCEMENT DE LA GESTION ADMINISTRATIVE, DE L'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE ET DU CONTROLE MEDICAL DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les origines mutualistes des régimes de protection sociale agricole sont encore visibles dans le financement de leur gestion administrative, du contrôle médical et l'action sociale qui fait exception au principe général retenu pour les autres régimes de sécurité sociale pour lesquels les dépenses de gestion administrative, dans la limite du plafond autorisé par la COG, sont financées à l'euro près par un prélèvement sur les recettes.

Les cotisations sociales agricoles comprennent distinctement :

- des cotisations techniques qui sont dédiées à la couverture des prestations servies auprès des ressortissants du régime agricole ;
- des cotisations complémentaires qui financent les frais de gestion, le contrôle médical et l'action sanitaire et sociale (ASS), mais aussi les charges liées au non recouvrement des cotisations.

Dans le passé, l'autonomie des caisses locales de MSA leur permettait de moduler les cotisations qu'elles appelaient. Depuis 1999, la totalité des cotisations complémentaires est centralisée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) pour être ensuite redistribuée aux caisses locales de MSA sous forme de dotations de gestion, calculées selon les critères du règlement de financement institutionnel (RFI) de la MSA.

Dans les faits, et compte tenu des évolutions observées par ailleurs en faveur du financement des régimes agricoles et de la performance de la gestion du réseau, ce fonctionnement n'apparaît pas le plus adapté :

i) Il conduit à ce que les évolutions des recettes et des dépenses de gestion soient déconnectées, et ne permet pas dès lors de garantir l'adéquation nécessaire entre ces montants.

Le financement par des cotisations complémentaires procure en effet à la MSA des recettes de gestion qui varient comme le revenu professionnel et comme la masse salariale agricoles, alors que les dépenses de gestion relèvent d'enveloppes négociées dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion (COG).

ii) Le mécanisme actuel peut produire des effets paradoxaux et peu équitables, dans un contexte marqué par l'adossement de nombreuses branches des régimes agricoles (toutes les branches – hors AT-MP – pour les salariés agricoles / les branches maladie et famille pour les exploitants agricoles) à leurs homologues du régime général ainsi que par la fiscalisation des ressources de la protection sociale agricole au nom de l'effort national en faveur de la préservation de celle-ci. Le système de cotisations complémentaires peut en effet conduire des branches à présenter des excédents de gestion alors qu'elles doivent faire appel par ailleurs aux solidarités inter-régimes et nationale pour couvrir leurs dépenses de prestations.

iii) Le système s'accompagne de la constitution et de l'existence de réserves financières au niveau des caisses locales, pour partie mobilisées pour la couverture des restes à recouvrer dont le dénouement s'opère comptablement et financièrement sur plusieurs années, qui ont pour effet d'augmenter le besoin de trésorerie de la caisse centrale dans un contexte de resserrement de l'accès au crédit. Cette organisation pourrait être plus efficiente, d'autant que l'existence de réserves ne conduit pas actuellement à majorer les enveloppes de dépenses autorisées par la COG.

iv) Comme l'a souligné la Cour des comptes, ce mode de gestion rend moins transparent le suivi de la gestion de l'ensemble du réseau de la MSA : les résultats de gestion positifs des branches maladie, famille et vieillesse du régime des salariés agricoles masquent les déficits des branches homologues du régime des non-salariés.

Pour toutes ces raisons, dans un contexte où la gestion du réseau a été réformée pour une meilleure performance et plus d'équité entre territoires, la réforme du financement de la MSA constitue une question récurrente depuis plus de dix ans. Les évolutions législatives récentes lui ont donné une acuité supplémentaire. Le système a en effet montré ses limites au moment de la suppression, en application de la LFSS pour 2011, de la compensation des allègements généraux de cotisations sociales. L'affectation à titre définitif à la CCMSA d'une part des droits de consommation sur les tabacs s'est effectivement traduite, compte tenu de la vocation de cette ressource fiscale à financer des dépenses de prestations, par un sous-financement important de la section administrative³⁴.

Par ailleurs, il convient de noter que le financement de la branche AT-MP du régime des salariés agricoles repose, pour plus de 100 M€ chaque année, sur un transfert de compensation en provenance du régime général qui a été défini dans ses contours à la fin des années 1970, alors que la branche AT-MP du régime des salariés agricoles rencontrait de très sérieuses difficultés de financement. Sa participation au Fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA), au titre des rentes d'accidents survenus avant le 1er juillet 1973, représentait plus de 60 % de son budget technique. Cette charge importante était en outre aggravée par la dégradation de la situation démographique du régime. En conséquence, afin d'alléger le poids excessif des cotisations AT-MP, il a été décidé d'instaurer une compensation entre le régime général et celui des salariés agricoles, celle-ci étant cependant limitée aux charges liées aux rentes.

Il est proposé de rationaliser ce dispositif qui a aujourd'hui plus de 30 ans et repose sur une mécanique complexe de calcul, afin de tenir compte du fait que l'alignement des règles prévalant pour le régime général et le régime des salariés agricoles compte désormais comme un acquis en faveur de la pérennisation du financement de ce dernier, et de relations financières assainies. Cette proposition s'inscrit dans le mouvement plus général lancé ces dernières années en faveur du réexamen des différents dispositifs de compensation inter-régimes qui reposent pour la plupart sur des règles anciennes et complexes.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

Le schéma de réforme du financement de la gestion administrative revêt différents aspects :

- alignement des modalités de financement de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sociale des régimes agricoles sur celui des autres régimes : il s'agit là de garantir la couverture de l'ensemble de ces dépenses, dans le plafond limitatif fixé par la COG, par un prélèvement sur les recettes des régimes, la partition des cotisations n'ayant dès lors plus d'utilité. Les charges de gestion des différentes branches des différents régimes pourront ainsi être directement imputées sur leurs ressources respectives et être intégrées, pour les branches adossées au régime général, dans le mécanisme d'équilibrage à l'instar des dépenses de prestations.

Cette réforme garantit une prise en charge pérenne des moyens de fonctionnement du réseau de la MSA. Elle permet un financement de la gestion au meilleur coût et une meilleure affectation des ressources.

- centralisation de la trésorerie du réseau au niveau de la caisse centrale : dans le système cible, les caisses locales bénéficieront d'un droit de tirage sur la trésorerie gérée au niveau central. Dans ces conditions, les réserves constituées à l'échelon local et ayant une contrepartie en trésorerie seront « remontées » au niveau central.

- ces évolutions auront pour corollaire l'abandon du principe dénommé de financement "à l'émission" - lequel consistait pour la caisse locale à remonter à la caisse centrale le montant des cotisations émises, et non le montant de celles effectivement recouvrées. Les restes à recouvrer de cotisations ne seront plus financés par la constitution de réserves en local mais seront à la charge du niveau national ces opérations comptables devenant sans impact sur les circuits purement de trésorerie.

Le présent article prévoit une entrée en vigueur au 1er janvier 2014 de l'ensemble de ces modifications, afin de laisser le temps nécessaire aux services concernés de préparer leur mise en œuvre opérationnelle.

Par ailleurs, le mécanisme de compensation entre la branche AT-MP des salariés agricoles et celle du régime général s'agissant des rentes sera rationalisé à compter de l'exercice 2012. Un coefficient de réduction était appliqué au solde de compensation brut depuis la création du mécanisme, afin de favoriser la réduction de l'écart de taux de cotisations entre le régime des salariés agricoles et le régime général (pour les branches famille, maladie et vieillesse). Or ces taux de cotisations sont harmonisés depuis 1994. Le maintien du coefficient est source de complexité et résulte d'une interprétation extensive des textes, visant à prendre en compte des exonérations de cotisations plus favorables pour le régime des salariés agricoles. Le recentrage de celles-ci, notamment s'agissant du dispositif sur les travailleurs occasionnels – demandeurs d'emploi, conduira en tout état de cause à limiter ce constat. Ce coefficient de réduction est donc supprimé.

Autres options possibles :

En l'absence de réforme, la MSA serait contrainte de financer son déficit de gestion en imputant ce dernier sur ses réserves. Cette option ne pourrait néanmoins qu'être transitoire, dans la mesure où elle ne permet que de repousser le problème jusqu'à l'épuisement complet des réserves de la MSA.

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Les dispositions du présent article ont un effet sur les recettes et l'équilibre financier des régimes de base agricoles pour les années 2014 et suivantes. Elles portent également sur la trésorerie des organismes de la mutualité sociale agricole. Elles prennent place dans la troisième partie de la loi de financement de la sécurité sociale en vertu des 2° et 4° du B du V de l'article LO.111-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Le conseil de l'UNCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNCAM a rendu un avis lui aussi retracé à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure applique-t-elle une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure relève de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure ne concerne que le fonctionnement interne du réseau de la MSA. Elle sera parfaitement transparente tant pour les ressortissants du régime que pour les employeurs. En particulier, elle ne modifie pas l'effort contributif des exploitants agricoles et n'aura aucun impact sur les aides devant faire l'objet d'une notification auprès de la Commission Européenne. Elle ne pose donc aucun problème d'articulation avec le droit européen.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

Oui.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Les références aux cotisations et aux dépenses complémentaires sont supprimées du code rural et de la pêche maritime et du code de la sécurité sociale ainsi que les conséquences de ces ajustements tirées sur les mécanismes d'équilibrage par le régime général :

- articles L. 731-2 et L. 731-3 du CRPM (ressources des branches du régime des non-salariés agricoles) ;
- article L. 731-10, L. 731-13 et L. 731-38 du CRPM (cotisations des non-salariés, exonérations)
- article L. 731-45 du CRPM (ressources de l'AMEXA, abrogation de la ristourne CSG)
- articles L. 741-1 du CRPM (cotisations des salariés agricoles)
- article L. 726-2 (financement du FAMEXA)
- articles L. 762-11, L. 762-12, L. 762-21, L. 762-24 et L. 762-33 du CRPM (dispositions relatives à l'outre-mer)
- articles L. 134-6 et L. 134-11-1 du code de la sécurité sociale (relations financières entre le régime général et les régimes agricoles)
- article L. 241-6 du code de la sécurité sociale (financement des prestations familiales)

L'article L. 134-9 du code de la sécurité sociale est également supprimé en vue de la rationalisation du mécanisme de transfert de compensation entre la branche AT-MP du régime des salariés agricoles et son homologue du régime général.

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui sauf Mayotte
Collectivités d'outre-mer	Non
- Saint-Pierre et Miquelon	Oui
- Saint-Martin et Saint Barthélémy	Non
- autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

* Réforme du financement de la gestion administrative :

La mesure est financièrement neutre si on considère tous les régimes obligatoires de base de sécurité sociale : la rationalisation des transferts entre le régime général et le régime agricole sera à somme nulle.

Pour les branches adossées au régime général, la réforme conduira à diminuer le montant des charges à couvrir par ce dernier de 4 M€ environ, en tenant compte de l'excédent prévisionnel de gestion des branches financièrement intégrées au régime général pour l'exercice 2013.

S'agissant des branches non adossées au régime général, la réforme n'aura pas d'impact sur leur solde.

La centralisation de la trésorerie associée aux réserves locales sera retracée en opération de bilan, mais n'aura aucun impact sur le compte de résultat des régimes.

* Réforme de la compensation AT/MP :

Le toilettage des dispositions relatives au calcul du transfert de compensation s'agissant du risque AT-MP conduira à majorer les transferts du régime général d'environ 4 M€ chaque année, ce qui aura symétriquement un effet favorable sur les comptes du régime des salariés agricoles.

Organismes impactés

(régime, branche, fonds)

Impact financier en droits constatés (en M€)

Coût ou moindre recette (signe -)

Economie ou recette supplémentaire (signe +)

2012 (rectificatif)

2013

2014

2015

2016

Réforme du financement de la gestion administrative

Tous régimes

dont régime général

dont MSA – branches adossées

dont MSA – branches non adossées

Réforme de la compensation AT-MP

Régime général

Régime des salariés agricoles

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	Coût ou moindre recette (signe -)				
	Economie ou recette supplémentaire (signe +)				
	2012 (rectificatif)	2013	2014	2015	2016
<u>Réforme du financement de la gestion administrative</u>	- 4	- 4	0	0	0
Tous régimes	+ 4	+ 4	+ 4	+ 4	+ 4
dont régime général			- 4	- 4	- 4
dont MSA – branches adossées			0	0	0
dont MSA – branches non adossées			- 4	- 4	- 4
<u>Réforme de la compensation AT-MP</u>			+ 4 M€	+ 4	+ 4
Régime général					
Régime des salariés agricoles					

P pour impact financier en année pleine et R pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux

a) impacts économiques

Aucun, la réforme étant sans impact sur le niveau global des cotisations acquittées par les redevables.

b) impacts sociaux

Aucun, la réforme étant sans impact sur le niveau global des cotisations acquittées par les redevables.

c) impacts sur l'environnement

Sans objet.

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet.

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

Bien que neutre financièrement, la réforme proposée aura pour conséquence de modifier les relations financières entre les caisses locales de MSA et la caisse centrale ainsi que les relations entre la MSA et les financeurs des régimes (ACOSS, CCMSA).

La centralisation de la trésorerie et le financement de l'activité au jour le jour

La centralisation de la trésorerie est la conséquence directe du nouveau mode de financement. En effet, une trésorerie et un fonds de roulement n'étaient nécessaires aux caisses locales qu'en raison des aléas des rentrées de cotisations.

L'activité des caisses locales sera financée au jour le jour. Ainsi les comptes bancaires des caisses locales seront à zéro au terme de chaque journée de liquidation.

Un mécanisme dit de « cash-pooling » permettra une optimisation de la gestion de la trésorerie pour tout le réseau.

La modification de la comptabilisation des cotisations

Actuellement, la différence entre les cotisations émises et les cotisations encaissées est prise en charge par les caisses locales.

Les cotisations émises par une caisse de MSA sont remontées au régime, et donc à la caisse centrale, à la fin de l'exercice, qu'elles aient été encaissées ou non. Les cotisations non encaissées apparaissent au bilan de la caisse de MSA et trouvent leur contrepartie au passif dans la part technique de la réserve générale.

Ce mode de fonctionnement est une particularité du réseau MSA par rapport aux autres régimes.

Toutefois, il ne trouve sa justification que si les caisses locales sont financées par des ressources locales. Cela ne sera plus le cas après la mise en place de la réforme proposée. Il est donc proposé que les caisses locales de MSA adoptent une comptabilisation des cotisations identique aux autres régimes de protection sociale disposant de réseaux.

L'évolution du Fonds de solidarité des crises agricoles

Créé par la mutualité sociale agricole en juin 2001, le Fonds de Solidarité des Crises Agricoles (FSCA) est destiné à venir en aide aux agriculteurs victimes de crises sectorielles et conjoncturelles en leur accordant des échéanciers de paiement pour leurs cotisations sociales. Il est financé par une mobilisation collective des disponibilités des caisses de mutualité sociale agricole (MSA).

Son existence, en tant que fonds, ne se justifie que dans le contexte du mode actuel de comptabilisation des cotisations qui ne permet à une caisse de MSA d'accorder un échéancier de paiement à un agriculteur en difficulté que s'il existe une ressource pour le financer.

Dans la perspective de l'adoption d'un dispositif séparant les circuits de trésorerie et les enregistrements comptables des produits et charges du recouvrement, l'existence d'un fonds pour financer des échéanciers de paiement ne semble plus nécessaire : des autorisations données aux caisses permettraient d'accorder ces échéanciers et de différer la remontée des cotisations afférentes aux financeurs.

A l'avenir, le montant total des encours d'échéanciers pouvant être accordés au titre des crises agricoles sera fixé par la convention d'objectifs et de gestion en le maintenant à son niveau actuel (avenant à cette convention à intervenir). Le fonctionnement actuel de l'allocation des enveloppes aux caisses sera conservé et consacré au plan réglementaire (modification de l'article D 723-232 du code rural et de la pêche maritime). Comme auparavant, le conseil central d'administration fixera des enveloppes par crise réparties entre les caisses, les décisions du conseil d'administration de la CCMSA seront soumises à l'approbation du ministre chargé de l'agriculture.

La réforme ne retire donc aucun pouvoir aux administrateurs du régime dans ce domaine. Elle change seulement la partie « back office » de sa gestion.

Les activités annexes

La MSA exerce des activités n'entrant pas directement dans le champ de la protection sociale de base mais s'inscrivant néanmoins dans la continuité de ses missions de service public (appel et recouvrement de cotisations ; gestion de prestations complémentaires pour le compte d'organismes comme le groupe AGRICA, via la conclusion de conventions de gestion).

Les excédents de gestion des activités annexes ne peuvent actuellement pas être utilisés, en raison du cadrage des dépenses inscrit dans la COG.

Il sera permis aux caisses de MSA de réutiliser les bénéfices ainsi générés en sus des plafonds de dépense fixés par la COG. Cette réutilisation associera :

- un mécanisme comptable sous la forme d'une réserve gérée par la caisse centrale ;
- un mécanisme budgétaire avec des crédits spécifiques pouvant être réutilisés sur toute la durée de la COG.

Cette évolution est particulièrement importante aux yeux des élus. Un avenant à la COG a déjà été signé en vue de mettre en place le mécanisme budgétaire. Le mécanisme comptable nécessitera de modifier le fonctionnement des réserves (cf. le point suivant).

Impact sur les réserves de la MSA

Conformément à l'article D723-229 du CRPM, les réserves actuelles de la MSA se décomposent de la manière suivante (montants au 31/12/2011) :

- une réserve d'immobilisation (718,3 M€) qui trouve intégralement sa contrepartie dans les immobilisations à l'actif, ce qui signifie qu'elle n'est pas mobilisable. Son existence ne sera pas remise en cause. Il convient toutefois de noter que cette réserve comprend aussi les avances affectées au FSCA par les caisses (105,7 M€). L'évolution du FSCA aura donc pour effet de faire baisser son niveau ;
- une réserve générale (657,4 M€) qui se décompose en :
 - une part technique (502,6 M€) qui en vertu du principe de la comptabilité à l'émission représente la contrepartie des créances des cotisants à l'égard des cotisants et des prestataires. Elle devient sans objet en raison du passage à une comptabilité à l'encaissement ;
 - une part gestion qui correspond à 2 mois de charges de gestion. Son montant réglementaire n'est pas intégralement couvert au niveau du réseau (154,8 M€ pour un montant théorique de 202,1 M€). Le passage à une trésorerie journalière rendra cette réserve sans objet ;
 - une réserve de solidarité (182,9 M€) constituée des excédents de gestion des caisses ne pouvant être affectés aux précédentes réserves. Elle sert principalement à attribuer les avances au FSCA et à financer des investissements immobiliers ou des projets institutionnels locaux. La réserve de solidarité correspond à l'actif à de la trésorerie. Elle devient elle aussi obsolète dans le cadre de la réforme envisagée.

Les deux composantes de la réserve générale ainsi que la réserve de solidarité ont donc vocation à disparaître. En échange, une réserve générale unique gérée au niveau de la Caisse centrale de la MSA sera conservée afin de reclasser en son sein les réserves supprimées dont la propriété sera transférée. Elle est également destinée à recevoir les excédents de gestion des activités annexes.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

La réforme, qui n'entrera en vigueur qu'au 1er janvier 2014, nécessitera des travaux d'adaptation sur les plans financiers et comptables, ainsi que s'agissant du pilotage du réseau des caisses locales.

d) impact budgétaire

La réforme sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La réforme sera gérée avec les moyens disponibles.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Les dispositions relatives à la gestion financière des caisses devront être revues (articles D723-229 à D723-238 du CRPM). Cette partie comprend notamment la définition des réserves réglementées et le Fonds de solidarité des crises agricoles (FSCA).

De plus, l'article D.134-46 du CSS relatif au coefficient de réduction appliqué à la compensation AT-MP des salariés agricoles devra être abrogé.

Les textes nécessaires seront publiés courant 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

La réforme doit entrer en vigueur au 1er janvier 2014. En 2012 et en 2013, la MSA financera ses déficits de gestion sur ses réserves.

En 2012, ce financement sera réalisé dans les conditions de l'actuel règlement de financement institutionnel (RFI) en mobilisant la réserve de solidarité. En 2013, il sera nécessaire de prélever également la réserve générale.

La MSA devra de son côté adapter son outil informatique et ses opérations comptables et modifier son règlement de financement institutionnel (RFI) avant le 1er janvier 2014.

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Les caisses bénéficieront d'un délai jusqu'au 1er janvier 2014 pour s'adapter aux nouvelles normes de fonctionnement.

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Les caisses locales de la MSA informeront les cotisants de la réforme.

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficacité (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non.

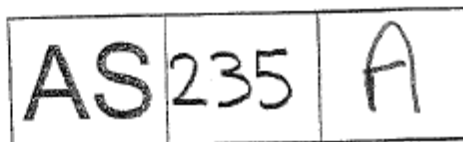
- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non.

c. Amendements

**Amendement présenté par M. Gérard Bapt,
rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

Article 33



Après l'alinéa 46, insérer l'alinéa suivant :

« 2° bis À l'article L. 134-10, les références : « , L. 134-8 et L. 134-9 ci-dessus »
sont remplacées par les références : « et L. 134-8 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de coordination.

- **Article 33**

(art. L. 723-11, L. 726-2, L. 731-2, L. 731-3, L. 731-10, L. 731-13, L. 731-38, L. 731-45, L. 741-1, L. 762-11, L. 762-12, L. 762-21, L. 762-24, L. 762-33 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 134-6, L. 134-9, L. 134-11-1 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale)

Réforme du financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la Mutualité sociale agricole

Le présent article vise à aligner les règles relatives à la gestion administrative, à l'action sanitaire et sociale et au contrôle médical de la Mutualité sociale agricole (MSA) sur celles des autres régimes de sécurité sociale.

1. Les modalités actuelles de financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical

La gestion, le contrôle médical et l'action sociale des régimes de protection sociale agricole sont financés par exception au principe général retenu pour les autres régimes de sécurité sociale, dont les dépenses de gestion administrative sont financées à l'euro près, dans la limite des plafonds autorisés par les conventions d'objectifs et de gestion (COG), par un prélèvement sur leurs recettes.

En effet, dans les régimes agricoles, on distingue, parmi les cotisations sociales, entre :

- les cotisations techniques, affectées à la couverture des prestations ;
- les cotisations complémentaires, destinées à financer les frais de gestion, le contrôle médical, l'action sanitaire et sociale et les charges liées au non-recouvrement des cotisations.

Autrefois modulées par les caisses locales, qui disposaient d'une large autonomie, les cotisations complémentaires sont centralisées depuis 1999 à la caisse centrale de la MSA (CCMSA). Elles sont ensuite redistribuées aux caisses locales sous forme de dotations de gestion, calculées selon les critères du règlement de financement institutionnel de la MSA.

Par construction, ces modalités de financement ont pour inconvénient de déconnecter l'évolution des dépenses de celle des recettes, le montant des unes risquant de ne pas coïncider avec le montant des autres. Ainsi, les cotisations complémentaires évoluent parallèlement à leur assiette, à savoir le revenu professionnel et la masse salariale agricoles. En revanche, les dépenses de gestion relèvent en revanche d'enveloppes négociées dans le cadre de la convention d'objectifs et de gestion.

Cette situation est d'autant moins justifiée que la plupart des branches des régimes agricoles sont désormais adossées au régime général : c'est le cas des branches maladie et famille pour les exploitants agricoles et de toutes les branches, à l'exception de celle des accidents du travail et maladies professionnelles, pour les salariés agricoles. En outre, la part des recettes fiscales dans les ressources des régimes agricoles est de plus en plus importante. De ce fait, l'existence d'excédents de gestion dans certaines branches des régimes agricoles pose problème alors qu'elles font appel, tant en recettes qu'en dépenses, à la solidarité nationale ou à la solidarité entre régimes.

En outre, des réserves financières se forment à l'échelon des caisses locales. Elles servent pour partie à financer les restes à recouvrer dont le dénouement s'effectue, d'un point de vue comptable et financier, en plusieurs années. Le besoin de trésorerie de la caisse centrale s'en trouve accru, alors que son accès au crédit est de plus en plus difficile. Au demeurant, ces réserves ne permettent pas pour autant de majorer les enveloppes de dépenses autorisées par la convention d'objectifs et de gestion.

Dès lors, le suivi de la gestion de l'ensemble du réseau de la MSA manque de transparence : les résultats positifs des branches maladie, famille et vieillesse du régime des salariés agricoles masquent les déficits des branches homologues du régime des non-salariés. Cette situation est d'autant plus regrettable que la gestion du réseau a été réformée au cours des dernières années.

Ce financement soulève des problèmes croissants, comme l'illustre la suppression de la compensation de la réduction générale de cotisations patronales, intervenue en 2011. Jusque-là, les recettes de compensation étaient en effet considérées de même nature que les cotisations sociales et étaient donc partiellement mobilisées pour le financement de la gestion administrative. Or, l'affectation à titre définitif à la CCMSA de 15,44 % du produit du

droit de consommation sur les tabacs, ressource fiscale destinée à financer des dépenses de prestations, a entraîné un sous-financement important de la section administrative.

Enfin, le financement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles est en partie fondé sur un transfert de compensation versé depuis 1977 par le régime général. Dépassant 100 millions d'euros, soit plus d'un cinquième des recettes de cette branche, cette compensation trouve son origine dans sa situation démographique défavorable mais surtout dans les difficultés rencontrées : plus de 60 % de son budget était alors destiné à sa participation au Fonds commun des accidents du travail agricole (FCATA) au titre des rentes d'accidents survenus avant le 1er juillet 1973.

Une compensation, limitée aux charges liées à ces rentes, a donc été instituée, mais la complexité de ses règles de calcul plaide maintenant pour son abandon : un coefficient de réduction était appliqué au solde de compensation brut depuis la création du mécanisme, afin de favoriser la réduction de l'écart de taux de cotisations entre le régime des salariés agricoles et le régime général (pour les branches famille, maladie et vieillesse). Or, ces taux de cotisation sont harmonisés depuis 1994 et le maintien du coefficient est source de complexité, résultant d'une interprétation des textes qui vise à prendre en compte des exonérations de cotisations plus favorables pour le régime des salariés agricoles. Le recentrage de ces exonérations, notamment s'agissant des travailleurs occasionnels demandeurs d'emploi, conduira en tout état de cause à limiter ce constat.

2. Un important ensemble de réformes

Les nombreuses modifications apportées par le présent article portent sur trois domaines différents :

- l'alignement des règles de gestion de la MSA sur celles en vigueur dans les autres régimes ;
- la centralisation de la trésorerie du réseau ;
- la rationalisation de la compensation entre la branche des salariés agricoles et le régime général.

a) Un alignement sur les règles en vigueur dans les autres régimes

L'objectif consiste à assurer une prise en charge pérenne des moyens de fonctionnement du réseau de la MSA et de permettre le financement de la gestion au meilleur coût avec une meilleure affectation des ressources.

Dans le respect du plafond fixé par la convention d'objectifs et de gestion, il s'agit de garantir la couverture des dépenses complémentaires, c'est-à-dire notamment de gestion administrative, de contrôle médical et d'action sociale, par un prélèvement sur les recettes des régimes. Dès lors, la partition des cotisations ne se justifie plus et les charges de gestion des différentes branches des deux régimes pourront ainsi être directement imputées sur leurs ressources respectives et, pour les branches adossées au régime général, être intégrées dans le mécanisme d'équilibrage, à l'instar des dépenses de prestations.

À cette fin, le présent article modifie un grand nombre de dispositions du code rural et de la pêche maritime relatives à la protection sociale des exploitants agricoles :

- le 2° du I et le 5° du I suppriment, respectivement aux articles L. 726-2 et L. 731-10, l'affectation de cotisations complémentaires au fonds spécial d'action sociale ;
- les 3° et 4° du I modifient respectivement les articles L. 731-2 et L. 731-3 afin d'aménager les ressources des branches maladie et vieillesse des exploitants agricoles de telle sorte que le financement des dépenses au titre de la maladie inclue désormais les dépenses complémentaires ;
- les 6° et 7° du I suppriment, respectivement aux articles L. 731-13 et L. 731-38, la référence aux cotisations techniques et complémentaires ;
- le 8° du I supprime, à l'article L. 731-45, le prélèvement sur le produit de la CSG jusqu'alors affecté à la gestion des caisses de la MSA ;
- les 10° et 11° du I procèdent, respectivement aux articles L. 762-11 et L. 762-12, aux aménagements requis pour la branche famille outre-mer ;
- les 12° et 13° du I procèdent, respectivement aux articles L. 762-21 et L. 762-24, aux aménagements requis pour la branche maladie outre-mer ;
- le 14° du I procède, à l'article L. 762-33, aux aménagements requis pour la branche vieillesse outre-mer.

De même, pour le régime des salariés agricoles, le 9° du I de l'article L. 741-1 supprime l'affectation partielle des cotisations aux dépenses complémentaires.

Par ailleurs, le 1° du II réécrit l'article L. 134-6 du code de la sécurité sociale pour mettre fin à la gestion des régimes sociaux agricoles par les caisses de la MSA.

Les 3° et 4° du II tirent les conséquences, respectivement aux articles L. 134-11-1 et L. 241-6 de la suppression des dépenses complémentaires dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS). Celle-ci prend en compte les dépenses complémentaires dans le calcul de la différence entre charges et produits concernant la branche maladie des exploitants agricoles. En outre, les charges des prestations familiales dont bénéficient les salariés et non-salariés agricoles ainsi que la population non active et les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations dans la couverture des cotisations sociales centralisées par la CNAF sont prises en compte, conséquence logique des modifications apportées au code rural et de la pêche maritime (cf. supra).

Afin de laisser le temps au réseau de mettre en œuvre ces évolutions d'une portée considérable, le 1° du III prévoit une entrée en vigueur au 1er janvier 2014.

b) La centralisation de la trésorerie du réseau

Le 1° du I modifie l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime afin de compléter les missions de la caisse centrale, étendues à la gestion des budgets et, surtout, à la gestion commune de la trésorerie des organismes de MSA, étant précisé que l'individualisation de la trésorerie des différentes branches des régimes des salariés et des exploitants agricoles sera assurée par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable.

Les caisses locales bénéficieront d'un droit de tirage sur la trésorerie gérée à l'échelon central. Dans ces conditions, les réserves constituées à l'échelon local et ayant une contrepartie en trésorerie seront remontées à l'échelon central. Ces évolutions auront pour corollaire l'abandon du principe dit de « financement à l'émission », à savoir la remontée à la caisse centrale du montant des cotisations émises et non pas du montant des cotisations effectivement recouvrées. Dès lors, les restes à recouvrer ne seront plus financés par la constitution de réserves dans les caisses locales mais seront à la charge de l'échelon national. Ces opérations comptables n'auront donc plus d'impact sur les circuits de trésorerie.

De même que pour les dispositions sus-évoquées, le 1° du II prévoit une entrée en vigueur au 1er janvier 2014. Le 3° du II précise en outre qu'au 31 décembre 2013, la propriété des réserves antérieurement constituées par les organismes de MSA est transférée à la caisse centrale, sans donner lieu à perception de droits impôts ou taxes.

c) La rationalisation de la compensation entre la branche des salariés agricoles et le régime général

S'inscrivant dans le réexamen entamé ces dernières années des mécanismes de compensation entre régimes, souvent anciens et complexes, le présent article permet également de rationaliser la compensation entre la branche des accidents du travail et maladies professionnelles du régime des salariés agricoles et celle du régime général s'agissant des rentes d'accidents. Cette évolution permet de tenir compte du fait que l'alignement du régime général et du régime des salariés agricoles constitue un acquis pour des relations financières assainies et pour le financement pérenne de ce dernier régime. Le coefficient de réduction appliqué au solde de compensation brut entre les deux régimes sera ainsi supprimé.

Le 2° du II abroge donc l'article L. 134-9 du code de la sécurité sociale, qui reportait la mise en œuvre intégrale de la compensation au moment où les taux globaux de cotisations dues au titre des salariés agricoles auront été harmonisés avec les taux de cotisations du régime général et qui, jusqu'à la réalisation de cette harmonisation, prévoyait que les transferts de compensation à la charge du régime général étaient calculés en tenant compte de la réduction de l'écart existant au 30 juin 1977 entre les taux de cotisations.

Le 2° du III prévoit que ces dispositions s'appliquent dès la compensation calculée pour l'exercice 2012.

*

La Commission adopte l'amendement de coordination AS 235 du rapporteur.

Puis elle adopte l'article 33 modifié.

e. Amendements

AMENDEMENT N°450 présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (recettes et équilibre général)

ARTICLE 33

Après l'alinéa 46, insérer l'alinéa suivant :

« 2° bis À l'article L. 134-10, les références : « , L. 134-8 et L. 134-9 ci-dessus » sont remplacées par la référence : « et L. 134-8 » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de coordination.

f. Compte-rendu des débats – 3^e séance du 25 octobre 2012

Article 33

Mme la présidente. Je suis saisie d'un amendement de coordination de la commission, n° 450.

(L'amendement n° 450, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 33, amendé, est adopté.)

2. Sénat

a. Projet de loi

- **Article 33**

I. - Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 723-11 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; »

b) Il est ajouté un 12° ainsi rédigé :

« 12° 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. » ;

2° Après les mots : « d'application », la fin du dernier alinéa de l'article L. 726-2 est ainsi rédigée : « du présent article. » ;

3° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « prestations d'assurance » sont remplacés par le mot : « assurances » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

4° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des prestations d'assurance » sont remplacés par les mots : « de l'assurance » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

5° L'article L. 731-10 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

6° L'article L. 731-13 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « techniques et complémentaires » sont supprimés ;

b) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 731-38, les mots : « , pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes, » sont supprimés ;

8° Le second alinéa de l'article L. 731-45 est supprimé ;

9° L'article L. 741-1 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

10° L'article L. 762-11 est abrogé ;

11° L'article L. 762-12 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) Après le mot : « nécessaires », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « à la couverture de ces charges. » ;

12° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 762-21 est supprimée ;

13° L'article L. 762-24 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) À la fin de la seconde phrase, les mots : « au règlement des prestations légales ainsi que les conditions dans lesquelles est assurée la couverture des frais de gestion exposés par les caisses » sont remplacés par les mots : « à la couverture de ces charges » ;

14° L'article L. 762-33 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé.

II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 134-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 134-6. - L'ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général, qui en assurent l'équilibre financier.

« Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Ces dispositions ne peuvent en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles. » ;

2° L'article L. 134-9 est abrogé ;

2° bis (nouveau) À l'article L. 134-10, les références : « , L. 134-8 et L. 134-9 ci-dessus » sont remplacées par la référence : « et L. 134-8 » ;

3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 134-11-1, les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code » sont supprimés ;

4° L'article L. 241-6 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la caisse nationale des allocations familiales, qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

« Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au premier alinéa comprennent : » ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des cotisations dues par les personnes salariées et non-salariées des professions agricoles ; ».

III. - 1. Le I et les 1°, 3° et 4° du II du présent article s'appliquent à compter du 1er janvier 2014.

2. Le 2° du II s'applique à compter de la compensation calculée pour l'exercice 2012.

3. 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.

b. Rapport n° 107, Tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy - Examen des articles

Article 33 (art. L. 723-11, L. 726-2, L. 731-2, L. 731-3, L. 731-10, L. 731-13, L. 731-38, L. 731-45, L. 741-1, L. 762-11, L. 762-12, L. 762-21, L. 762-24 et L. 762-33 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 134-6, L. 134-9, L. 134-11-1 et L. 241-6 du code la sécurité sociale) - Réforme du financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la mutualité sociale agricole

Objet : Cet article vise à aligner les modalités de financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la mutualité sociale agricole sur celles des autres régimes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

L'actuel système de financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la mutualité sociale agricole

De son histoire mutualiste, la mutualité sociale agricole (MSA) a hérité pour sa gestion administrative et celle de l'action sociale et du contrôle médical d'un système de financement qui fait exception au principe général retenu pour les autres régimes de sécurité sociale, ceux-ci voyant leurs dépenses de gestion administrative financées à l'euro près par un prélèvement sur les recettes, dans la limite d'un plafond autorisé par la convention d'objectifs et de gestion (COG).

Les cotisations sociales agricoles comprennent distinctement :

- des cotisations techniques qui sont dédiées à la couverture des prestations servies auprès des ressortissants des régimes ;
- des cotisations complémentaires qui financent les frais de gestion, l'action sanitaire et sociale et le contrôle médical, mais aussi les charges liées au non-recouvrement des cotisations.

La tradition d'autonomie financière des caisses locales de la MSA leur permettait, dans le passé, de fixer le taux des cotisations complémentaires.

A partir des années 1990, il est cependant apparu que le fonctionnement du réseau des caisses de la MSA n'était plus adapté à la complexité croissante de leur activité et à l'érosion du nombre de leurs adhérents, liées aux mutations du secteur agricole. La MSA s'est alors engagée dans un vaste mouvement de restructuration interne.

Une première réforme a eu pour double objectif de regrouper les caisses locales et d'ériger la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) en tête de réseau.

Une deuxième réforme, concomitante de l'affirmation progressive des compétences de la CCMSA, a consisté à réduire progressivement les marges financières laissées à la disposition des caisses locales, marges contradictoires avec la volonté d'harmoniser les politiques menées d'une caisse à l'autre, mais aussi relativement coûteuses.

Ainsi, la liberté de fixer le taux des cotisations complémentaires a été progressivement encadrée (par rapport à une moyenne, la marge a été de 20 % puis de 5 %), puis supprimée. Depuis 1999, la totalité des cotisations complémentaires est centralisée à la CCMSA pour être ensuite redistribuée aux caisses locales de la MSA sous la forme de dotations de gestion, calculées selon les critères du règlement de financement institutionnel de la MSA.

Cette double réforme est restée cependant incomplète, ainsi que le constate la Cour des comptes dans son rapport sur les comptes de la sécurité sociale de septembre 2011. En particulier, la MSA a maintenu ses propres modalités de financement de la gestion administrative, du contrôle médical et de l'action sociale.

Des modalités de financement désormais inadaptées

Selon l'étude d'impact, le système de financement des frais de gestion par des cotisations complémentaires n'apparaît plus adapté, au regard des évolutions que connaît la MSA depuis plusieurs années :

- il crée mécaniquement une inadéquation entre les montants des dépenses et des recettes de gestion. En effet, le financement par des cotisations complémentaires procure à la MSA des recettes de gestion qui varient comme le revenu professionnel des assurés et comme la masse salariale agricole, alors que les dépenses de gestion relèvent d'enveloppes négociées dans le cadre de la Cog ;

- il peut conduire paradoxalement les branches du régime à présenter des excédents de gestion alors qu'elles doivent, parallèlement, faire appel aux solidarités interrégimes et nationale pour couvrir leurs dépenses de prestations. Dans le contexte actuel d'adossement de nombreuses branches des régimes agricoles (toutes les branches hors la branche accidents du travail - maladies professionnelles pour les salariés agricoles ; les branches maladie et famille pour les exploitants agricoles), cette situation n'est guère équitable ;

- il s'accompagne de la constitution de réserves financières au niveau des caisses locales, lesquelles sont pour partie mobilisées pour la couverture des restes à recouvrer ;

- il rend moins transparente la gestion de l'ensemble du réseau de la MSA ; les résultats de gestion positifs des branches maladie, famille et vieillesse du régime des salariés agricoles masquent les déficits des branches homologues des non-salariés.

Le système a également montré ses limites lors de la suppression, en application de la loi de financement pour 2011, de la compensation des allègements généraux de cotisations sociales. L'affectation, à titre définitif, à la CCMSA des droits de consommation sur les tabacs s'est en effet traduite, compte tenu de la vocation de cette ressource fiscale à financer des dépenses de prestations, par un sous-financement important de la section administrative^{36(*)}.

Pour l'ensemble de ces raisons, la réforme du financement de la gestion administrative de la MSA apparaît aujourd'hui nécessaire.

La réforme proposée

L'objectif est d'assurer une prise en charge pérenne des moyens de fonctionnement du réseau de la MSA et de permettre le financement de la gestion à un meilleur coût avec une meilleure affectation des ressources.

- L'alignement des règles en vigueur sur celles des autres régimes de sécurité sociale

La partition des cotisations en deux catégories est supprimée. La couverture des dépenses de gestion administrative, de l'action sociale et du contrôle médical sera désormais assurée par un prélèvement à due concurrence sur les recettes, dans le respect du plafond fixé par la Cog, et non plus par le fléchage ex ante d'une fraction du produit des cotisations.

Dès lors, les dépenses de gestion des différentes branches des régimes agricoles pourront être directement imputées sur leurs ressources respectives et, pour les branches adossées au régime général, être intégrées dans le mécanisme d'équilibrage, à l'instar des dépenses de prestations.

A cette fin, le présent article procède à de nombreuses modifications des dispositions du code rural et de la pêche maritime relatives au régime des exploitants agricoles :

- le 2° et le 5° du paragraphe I suppriment, respectivement aux articles L. 726-2 et L. 731-10, l'affectation de cotisations complémentaires au fonds spécial d'action sociale ;

- les 3° et 4° du I modifient respectivement les articles L. 731-2 et L. 731-3 afin d'aménager les ressources des branches maladie et vieillesse des exploitants agricoles de telle sorte que le financement des dépenses au titre de la maladie inclue désormais les dépenses complémentaires ;

- le 6° du I supprime, à l'article L. 731-13, la référence aux cotisations complémentaires s'agissant de l'exonération partielle de cotisations, dont bénéficient les jeunes chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole lors de leur installation ;

- le 7° du I supprime, à l'article L. 731-38 relatif aux pensions d'invalidité versées aux victimes d'accidents survenus ou de maladies professionnelles constatées avant le 1er avril 2002, la référence aux dépenses complémentaires ;

- le 8° du I supprime, à l'article L. 731-45, le prélèvement sur le produit de la CSG jusqu'alors affecté à la gestion des caisses de la MSA ;

- les 10° et 11° du I procèdent, respectivement aux articles L. 762-11 et L. 762-12, aux modifications requises pour la branche famille outre-mer ;
- les 12° et 13° du I procèdent, respectivement aux articles L. 762-21 et L. 762-24, aux modifications requises pour la branche maladie outre-mer ;
- le 14° du I procède, à l'article L. 762-33, aux modifications requises pour la branche vieillesse outre-mer.

Pour le régime des salariés agricoles, le 9° du I supprime, à l'article L. 741-1, la référence aux cotisations et dépenses complémentaires.

Par ailleurs, le 1° du paragraphe II réécrit l'article L. 134-6 du code de la sécurité sociale pour préciser que l'ensemble des charges et des produits du régime des salariés agricoles est retracé dans les comptes des caisses nationales du régime général qui en assurent l'équilibre financier.

Les 3° et 4° du II tirent les conséquences, respectivement aux articles L. 134-11-1 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, de la suppression des dépenses complémentaires dans les comptes de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnam).

Afin de laisser le temps au réseau de préparer la mise en oeuvre de cette réforme, le 1° du paragraphe III fixe l'entrée en vigueur au 1er janvier 2014.

- La centralisation de la trésorerie du réseau

La conséquence directe de ce nouveau mode de financement est la centralisation, au niveau de la CCMSA, de la gestion des réserves financières constituées par les caisses locales. Selon les responsables de la MSA auditionnés par votre rapporteur, le montant de ces réserves s'élève à 300 millions d'euros.

Le 1° du I modifie donc l'article L. 723-11 du code rural et de la pêche maritime afin de compléter les missions de la caisse centrale, étendues à la gestion des budgets et, surtout, à la gestion commune de la trésorerie du réseau de la MSA.

Sont aussi concernés par le transfert à la CCMSA de leurs réserves de trésorerie les groupements mentionnés à l'article L. 731-30 du même code, à savoir les organismes d'assurances comme le groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles (Gamex)³⁷(*).

Le 1° du II prévoit une entrée en vigueur de cette réforme au 1er janvier 2014.

Le 3° du II précise qu'au 31 décembre 2013, la propriété des réserves antérieurement constituées par les organismes de la MSA est transférée à la caisse centrale.

La simplification des transferts de compensation entre la branche AT-MP du régime général et celle du régime des salariés agricoles

Instituée en 1977, la compensation financière de la branche AT-MP du régime général vers son homologue du régime des salariés agricoles était destinée à remédier aux inégalités provenant du déséquilibre démographique et de la disparité des capacités contributives entre ces deux régimes.

Chaque année, ce transfert de compensation s'élève à 100 millions d'euros, soit plus qu'un cinquième des recettes de la branche AT-MP du régime général.

En application de l'article L. 134-9 du code de la sécurité sociale, il est prévu que cette compensation soit intégralement mise en oeuvre lorsque les taux de cotisations entre le régime général et le régime des salariés agricoles auront été harmonisés.

Jusqu'à la réalisation de cette harmonisation, les transferts de compensation à la charge du régime général sont calculés en tenant compte, au cours de chaque exercice annuel, de la réduction de l'écart entre les taux de cotisations des deux régimes ; on parle de coefficient de réduction.

Or, comme l'explique l'étude d'impact, ce coefficient de réduction n'a plus de raison d'être, d'une part, parce que les taux de cotisations entre le régime général et le régime des salariés agricoles sont harmonisés depuis 1994, d'autre part, parce que ce mécanisme est source de complexité.

S'inscrivant dans le cadre plus général du réexamen des mécanismes de compensation interrégimes, la mesure proposée au 2° du paragraphe III consiste donc à supprimer le coefficient de réduction (abrogation de l'article L. 134-9 du code de la sécurité sociale).

Le 2° du III précise que cette disposition s'applique dès la compensation calculée pour l'exercice 2012.

Selon l'étude d'impact, cette mesure conduira à majorer les transferts de la branche AT-MP du régime général d'environ 4 millions d'euros chaque année, ce qui aura symétriquement un effet favorable sur les comptes de son homologue du régime des salariés agricoles.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un simple amendement de coordination.

III - La position de votre rapporteur

La réforme de la gestion administrative de la MSA constitue une nouvelle étape dans le vaste mouvement de restructuration interne à l'oeuvre depuis quelques années dans les régimes agricoles. Elle est rendue nécessaire par l'obsolescence du système actuel qui n'est plus en adéquation avec les évolutions en cours.

Comme l'ont indiqué les responsables de la MSA à votre rapporteur, le contenu de la réforme a été négocié avec le Gouvernement qui a fait preuve d'une réelle écoute. En particulier, le choix de la date du 1er janvier 2014 était très important pour le régime car le passage au nouveau système suppose de laisser le temps aux caisses locales de se préparer à cette transition administrative.

En conséquence, votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

c. Compte-rendu des débats – séance du 15 novembre 2012

Article 33

M. le président. L'amendement n° 210 rectifié, présenté par Mmes Procaccia et Bruguière, MM. Laménie, Milon, Cardoux et Savary, Mme Giudicelli, M. de Raincourt et Mmes Deroche, Cayeux et Debré, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 6

Remplacer la référence :

aux articles L. 731-30 et

par la référence :

à l'article

II. – Alinéa 57, première phrase

Supprimer les mots :

et par le groupement mentionné à l'article L. 731-31 du même code

La parole est à Mme Catherine Deroche.

Mme Catherine Deroche. L'article 33 instaure une gestion commune par la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole, la CCMSA, de la trésorerie des organismes de mutualité sociale agricole, y compris de celle du Groupement des assureurs maladie des exploitants agricoles, le GAMEX, et organise en conséquence le transfert de la propriété des réserves du GAMEX à la CCMSA.

Le GAMEX est une association regroupant dix-sept entreprises d'assurance, créée par la loi de 1961 pour gérer le régime obligatoire de l'assurance maladie des exploitants agricoles ; il assure le service des prestations et le recouvrement des cotisations.

Aujourd'hui, l'existence du GAMEX, aux côtés de la CCMSA, garantit aux assurés une liberté de choix pour la gestion de leur protection sociale en santé, ainsi qu'une qualité de services reconnue : services en ligne, accords de télétransmission, accueil téléphonique, etc.

Or, au détour d'une disposition visant à pérenniser les moyens de fonctionnement de la Mutualité sociale agricole, le Gouvernement a en fait organisé l'absorption du GAMEX par la CCMSA en prévoyant un transfert de sa trésorerie et surtout un transfert de la propriété de ses réserves.

En effet, en privant le GAMEX de ses fonds propres et de sa trésorerie, le fonctionnement, la gouvernance et la pérennité même de cet organisme sont remis en cause. De telles modifications auraient donc pour conséquence

de réduire à néant la liberté accordée aux exploitants agricoles de choisir l'organisme gestionnaire de leur protection sociale en santé.

C'est pourquoi notre amendement vise à permettre au GAMEX de conserver la pleine gestion de sa trésorerie et la pleine propriété de ses réserves, dans l'intérêt de ses assurés.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Yves Daudigny, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Cet amendement tend à supprimer les deux dispositions de l'article 33 relatives au GAMEX, groupement d'entreprises d'assurance créé en 1961 pour gérer le régime obligatoire d'assurance maladie des exploitants agricoles, c'est-à-dire pour assurer le service des prestations et le recouvrement des cotisations. Actuellement, 6 % des assurés sont affiliés à cet organisme.

L'article 33, qui réforme le système de financement de la gestion administrative de la MSA, prévoit la centralisation de la trésorerie et des réserves des caisses locales au niveau de la caisse centrale de la Mutualité sociale agricole. À des fins de cohérence, le GAMEX est également concerné par cette « remontée » de la trésorerie. En effet, la trésorerie constituée par le GAMEX ne lui appartient pas, puisqu'il s'agit de la trésorerie de la gestion des prestations du risque maladie.

Je ne vois aucune raison légitime de laisser cette trésorerie au GAMEX, au détriment du régime obligatoire d'assurance maladie des exploitants agricoles. La commission émet donc un avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Le Gouvernement émet le même avis, pour les mêmes raisons excellemment exposées par M. le rapporteur général.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 210 rectifié.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. L'amendement n° 398, présenté par le Gouvernement, est ainsi libellé :

I. – Après l'alinéa 40

Insérer deux alinéas ainsi rédigés :

15° Le 6° de l'article L. 722-1, le 2° de l'article L. 722-4, le 2° de l'article L. 722-9 et le 2° de l'article L. 731-28 sont abrogés ;

16° Le 1° de l'article L. 722-20 est complété par les mots : «, et salariés des entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux ouvriers de façon permanente ».

II. – Compléter cet article par un alinéa ainsi rédigé :

... Les dispositions des 15° et 16° du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2014.

La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Cette mesure concerne les artisans ruraux qui n'emploient pas plus de deux salariés et sont affiliés au régime social des indépendants pour tous les risques, sauf en ce qui concerne la famille ; ils paient donc leurs cotisations personnelles pour le risque famille ainsi que la CSG et la CRDS sur leurs revenus professionnels à la Mutualité sociale agricole et non pas au régime social des indépendants, auprès duquel ils s'acquittent des autres cotisations sociales. Cette situation paraît peu lisible et source de complexité pour les artisans qui doivent donc verser leurs cotisations personnelles à deux organismes, selon des règles et des calendriers différents.

Cette double affiliation provoque en outre des difficultés de gestion qui peuvent aboutir à ce que ces artisans se voient réclamer les cotisations d'allocations familiales, ainsi que la CSG et la CRDS, par les deux organismes collecteurs, à savoir le RSI et la Mutualité sociale agricole.

Le présent amendement vise donc à remédier à cette situation en procédant à l'affiliation des artisans ruraux n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente au régime social des indépendants pour l'ensemble des risques. Cette solution est conforme aux règles qui s'appliquent aux autres artisans ruraux, c'est-à-dire à ceux qui emploient plus de deux salariés, et elle reçoit le soutien des représentants de cette profession.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Yves Daudigny, rapporteur général de la commission des affaires sociales. La commission n'ayant pu examiner cet amendement, j'interviendrai à titre personnel.

Il s'agit, à mes yeux, d'une mesure de bon sens destinée à mettre fin aux difficultés de gestion qu'engendre la double affiliation des artisans ruraux n'employant pas plus de deux salariés. J'émet donc un avis favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 398.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 33, modifié.

(L'article 33 est adopté.)

B. Commission mixte paritaire : échec

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi

- Article 33

I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 723-11 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; »

b) Il est ajouté un 12° ainsi rédigé :

« 12° 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. » ;

2° Après les mots : « d'application », la fin du dernier alinéa de l'article L. 726-2 est ainsi rédigée : « du présent article. » ;

3° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « prestations d'assurance » sont remplacés par le mot : « assurances » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

4° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des prestations d'assurance » sont remplacés par les mots : « de l'assurance » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

5° L'article L. 731-10 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

6° L'article L. 731-13 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « techniques et complémentaires » sont supprimés ;

b) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 731-38, les mots : « , pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes, » sont supprimés ;

8° Le second alinéa de l'article L. 731-45 est supprimé ;

9° L'article L. 741-1 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

10° L'article L. 762-11 est abrogé ;

11° L'article L. 762-12 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) Après le mot : « nécessaires », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « à la couverture de ces charges. » ;

12° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 762-21 est supprimée ;

13° L'article L. 762-24 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) À la fin de la seconde phrase, les mots : « au règlement des prestations légales ainsi que les conditions dans lesquelles est assurée la couverture des frais de gestion exposés par les caisses » sont remplacés par les mots : « à la couverture de ces charges » ;

14° L'article L. 762-33 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé.

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 134-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 134-6. – L'ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général, qui en assurent l'équilibre financier.

« Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Ces dispositions ne peuvent en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles. » ;

2° L'article L. 134-9 est abrogé ;

2° bis (nouveau) À l'article L. 134-10, les références : « , L. 134-8 et L. 134-9 ci-dessus » sont remplacées par la référence : « et L. 134-8 » ;

3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 134-11-1, les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code » sont supprimés ;

4° L'article L. 241-6 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la caisse nationale des allocations familiales, qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

« Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au premier alinéa comprennent : » ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des cotisations dues par les personnes salariées et non-salariées des professions agricoles ; ».

III. – 1. Le I et les 1°, 3° et 4° du II du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014.

2. Le 2° du II s'applique à compter de la compensation calculée pour l'exercice 2012.

3. 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.

b. Amendements

(1) Amendement n° AS 141 présenté par M. Bapt

**Amendement présenté par M. Gérard Bapt,
rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

Article 33

Dans l'alinéa 45, substituer aux mots :

« Ces dispositions »

les mots :

« Les dispositions du premier alinéa ».

AS	141	
----	-----	--

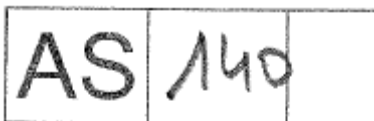
EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

(2) Amendement n° AS140 présenté par M. Bapt

**Amendement présenté par M. Gérard Bapt,
rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**

Article 33



I.- Après l'alinéa 40, insérer les quatre alinéas suivants :

« 15° Au 1° de l'article L. 722-20, après les mots : « à l'exception de l'activité mentionnée au 5° dudit article », sont insérés les mots : « , et salariés des entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux ouvriers de façon permanente » ;

« 16° Le 6° de l'article L. 722-1 et le 2° des articles L. 722-4, L. 722-9 et L. 731-28 sont abrogés ;

« 17° Au troisième alinéa du I de l'article L. 712-1, les mots : « et 6° » sont supprimés ;

« 18° À l'article L. 762-10, les mots : « aux 1° et 2° de » sont remplacés par le mot : « à ». »

II.- Compléter l'article par l'alinéa suivant :

« 4. Les dispositions des 15° à 18° du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2014. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Actuellement, les artisans ruraux sont affiliés au Régime social des indépendants (RSI) pour l'ensemble des risques. Néanmoins, les 3 400 artisans ruraux n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente relèvent, pour le service des seules allocations familiales, du régime de protection sociale des exploitants agricoles auprès duquel ils sont redevables des cotisations afférentes alors qu'ils sont assurés et cotisent auprès du RSI pour les autres risques. De ce fait, ils paient les cotisations famille ainsi que la CSG et CRDS sur leurs revenus professionnels auprès de la Mutualité sociale agricole (MSA), alors qu'ils paient le reste de leurs cotisations sociales auprès du RSI.

Cette situation de double affiliation est peu lisible et source de complexité pour les artisans ruraux ainsi que pour les caisses. Elle peut conduire, du fait des difficultés de gestion qu'elle engendre, à ce que ces artisans ruraux se voient réclamer les cotisations d'allocations familiales, la CSG et la CRDS tant par le RSI que par la MSA.

Conformément à l'engagement clairement exprimé par le Gouvernement durant la discussion de l'article 33 en séance publique au Sénat, le présent amendement remédie à cette situation en procédant, pour l'ensemble des risques, à l'affiliation au RSI des artisans ruraux n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente, à l'instar des autres artisans ruraux, solution qui est soutenue par les représentants de cette profession. Ce transfert interviendra à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2014, compte tenu des

délais qui sont nécessaires aux régimes concernés pour mettre en œuvre ce transfert en gestion.

c. Rapport n° 430 de M. Bapt

Article 33

art. L. 723-11, L. 726-2, L. 731-2, L. 731-3, L. 731-10, L. 731-13, L. 731-38, L. 731-45, L. 741-1, L. 762-11, L. 762-12, L. 762-21, L. 762-24, L. 762-33 du code rural et de la pêche maritime ; art. L. 134-6, L. 134-9, L. 134-11-1 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale)

Réforme du financement de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale et du contrôle médical de la Mutualité sociale agricole

Le présent article vise à aligner les règles relatives à la gestion administrative, à l'action sanitaire et sociale et au contrôle médical de la Mutualité sociale agricole (MSA) sur celles des autres régimes de sécurité sociale.

En première lecture, l'Assemblée nationale a adopté cet article moyennant un amendement de coordination présenté par votre commission des affaires sociales.

*

La Commission est saisie de l'amendement AS 140 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de faire échapper les artisans ruraux n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente à la double affiliation à la Mutualité sociale agricole (MSA) et au Régime social des indépendants (RSI). En effet, certains se voyaient réclamer deux fois certaines cotisations, en raison de la complexité de ce système peu lisible auquel il sera donc mis fin au 1^{er} janvier 2014 au plus tard.

La Commission adopte l'amendement AS 140.

Elle adopte ensuite l'amendement rédactionnel AS 141 de M. Gérard Bapt, rapporteur.

Puis elle adopte l'article 33 modifié.

d. Amendements

- (1) AMENDEMENT N°23 (Rect) présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (recettes et équilibre général)

ARTICLE 33

I. – Après l'alinéa 40, insérer les quatre alinéas suivants :

« 15° Le 1° de l'article L. 722-20 est complété par les mots : « , et salariés des entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente » ;

« 16° Le 6° de l'article L. 722-1 et le 2° des articles L. 722-4, L. 722-9 et L. 731-28 sont abrogés ;

« 17° Au troisième alinéa du I de l'article L. 712-1, la première occurrence de la référence : « et 6° » est supprimée ;

« 18° À l'article L. 762-10, les références : « aux 1° et 2° de » sont remplacées par le mot : « à » ».

II. – En conséquence, compléter cet article par l'alinéa suivant :

« 4. Les 15° à 18° du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2014. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Actuellement, les artisans ruraux sont affiliés au Régime social des indépendants (RSI) pour l'ensemble des risques. Néanmoins, les 3 400 artisans ruraux n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente relèvent, pour le service des seules allocations familiales, du régime de protection sociale des exploitants agricoles auprès duquel ils sont redevables des cotisations afférentes alors qu'ils sont assurés et cotisent auprès du RSI pour les autres risques. De ce fait, ils paient les cotisations famille ainsi que la CSG et CRDS sur leurs revenus professionnels auprès de la Mutualité sociale agricole (MSA), alors qu'ils paient le reste de leurs cotisations sociales auprès du RSI.

Cette situation de double affiliation est peu lisible et source de complexité pour les artisans ruraux ainsi que pour les caisses. Elle peut conduire, du fait des difficultés de gestion qu'elle engendre, à ce que ces artisans ruraux se voient réclamer les cotisations d'allocations familiales, la CSG et la CRDS tant par le RSI que par la MSA.

Conformément à l'engagement clairement exprimé par le Gouvernement durant la discussion de l'article 33 en séance publique au Sénat, le présent amendement remédie à cette situation en procédant, pour l'ensemble des risques, à l'affiliation au RSI des artisans ruraux n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente, à l'instar des autres artisans ruraux, solution qui est soutenue par les représentants de cette profession. Ce transfert interviendra à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2014, compte tenu des délais qui sont nécessaires aux régimes concernés pour mettre en œuvre ce transfert en gestion.

(2) AMENDEMENT N°24 présenté par M. Bapt, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (recettes et équilibre général)

ARTICLE 33

Rédiger ainsi le début de l'alinéa 45 :

« Les dispositions du premier alinéa ne peuvent... (le reste sans changement) ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

e. Compte-rendu des débats – 2^e séance du 26 novembre 2012

Article 33

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 23 rectifié.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il s'agit de reprendre une disposition adoptée par la commission des affaires sociales du Sénat concernant les artisans ruraux affiliés au régime social des indépendants, le RSI. Les 3 400 artisans ruraux n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente relèvent, pour le service des seules allocations familiales, du régime de protection sociale des exploitants agricoles, alors qu'ils sont assurés et cotisent auprès du RSI pour les autres risques. De ce fait, ils paient les cotisations famille ainsi que la CSG et la CRDS sur leurs revenus professionnels auprès de la Mutualité sociale agricole, la MSA, alors qu'ils paient le reste de leurs cotisations sociales auprès du RSI. Il arrive trop fréquemment que les cotisations soient appelées des deux côtés à la fois.

(L'amendement n° 23 rectifié, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. le rapporteur pour soutenir l'amendement n° 24.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 24, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 33, amendé, est adopté.)

2. Sénat

a. Projet de loi

- Article 33

I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 723-11 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; »

b) Il est ajouté un 12° ainsi rédigé :

« 12° 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. » ;

2° Après les mots : « d'application », la fin du dernier alinéa de l'article L. 726-2 est ainsi rédigée : « du présent article. » ;

3° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « prestations d'assurance » sont remplacés par le mot : « assurances » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

4° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des prestations d'assurance » sont remplacés par les mots : « de l'assurance » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

5° L'article L. 731-10 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

6° L'article L. 731-13 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « techniques et complémentaires » sont supprimés ;

b) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 731-38, les mots : « , pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes, » sont supprimés ;

8° Le second alinéa de l'article L. 731-45 est supprimé ;

9° L'article L. 741-1 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

10° L'article L. 762-11 est abrogé ;

11° L'article L. 762-12 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) Après le mot : « nécessaires », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « à la couverture de ces charges. » ;

12° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 762-21 est supprimée ;

13° L'article L. 762-24 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) À la fin de la seconde phrase, les mots : « au règlement des prestations légales ainsi que les conditions dans lesquelles est assurée la couverture des frais de gestion exposés par les caisses » sont remplacés par les mots : « à la couverture de ces charges » ;

14° L'article L. 762-33 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

15° (nouveau) Le 1° de l'article L. 722-20 est complété par les mots : « , et salariés des entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente » ;

16° (nouveau) Le 6° de l'article L. 722-1 et le 2° des articles L. 722-4, L. 722-9 et L. 731-28 sont abrogés ;

17° (nouveau) Au troisième alinéa du I de l'article L. 712-1, la première occurrence de la référence : « et 6° » est supprimée ;

18° (nouveau) À l'article L. 762-10, les références : « aux 1° et 2° de » sont remplacées par le mot : « à ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 134-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 134-6. – L'ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général, qui en assurent l'équilibre financier.

« Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Le premier alinéa ne peut en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles. » ;

2° L'article L. 134-9 est abrogé ;

2° bis À l'article L. 134-10, les références : « , L. 134-8 et L. 134-9 ci-dessus » sont remplacées par la référence : « et L. 134-8 » ;

3° À la fin du premier alinéa de l'article L. 134-11-1, les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code » sont supprimés ;

4° L'article L. 241-6 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la caisse nationale des allocations familiales, qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

« Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au premier alinéa comprennent : » ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des cotisations dues par les personnes salariées et non-salariées des professions agricoles ; ».

III. – 1. Le I et les 1°, 3° et 4° du II du présent article s'appliquent à compter du 1er janvier 2014.

2. Le 2° du II s'applique à compter de la compensation calculée pour l'exercice 2012.

3. 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.

4. (nouveau) Les 15° à 18° du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1er janvier 2014.

b. Rapport n° 164 de M. Daudigny

RAS

c. Compte-rendu des débats – séance du 29 novembre 2012

Article 33

M. le président. L'amendement n° 27, présenté par Mmes Procaccia et Bruguière, M. Cardoux, Mme Cayeux, M. de Raincourt, Mmes Debré, Deroche et Giudicelli, MM. Laménie, Milon, Savary et les membres du groupe Union pour un Mouvement Populaire, est ainsi libellé :

I. – Alinéa 6, première phrase

Remplacer la référence :

aux articles L. 731-30 et

par la référence :

à l'article

II. – Alinéa 61, première phrase

Supprimer les mots :

et par le groupement mentionné à l'article L. 731-31 du même code

La parole est à Mme Catherine Procaccia.

Mme Catherine Procaccia. Le Gamex est une association regroupant dix-sept entreprises d'assurances. Créée en 1961, elle offre aux exploitants agricoles la liberté de choisir leur régime obligatoire.

Il semble qu'aujourd'hui certains veuillent remettre en cause l'existence du Gamex. Alors qu'un premier amendement a déjà été repoussé, on revient de nouveau sur la question par le biais de cet article, qui prévoit non seulement un transfert de la trésorerie du Gamex vers la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, la CCMSA, mais surtout un transfert de la propriété de ses réserves. Il s'agit, d'une façon détournée, de remettre en cause l'existence du Gamex : en le privant de ses fonds propres et de sa trésorerie, c'est son fonctionnement et sa pérennité qui sont en jeu.

Il nous est difficile de comprendre les raisons d'être de telles dispositions, hormis la volonté de trouver quelques fonds supplémentaires pour la CCMSA. À mon avis, ce n'est pas avec de tels détournements que l'on pourra rééquilibrer un régime par nature déficitaire, d'autant qu'il y en a bien d'autres. Il existe sans doute d'autres moyens d'aider le régime agricole que de détourner une partie de ses fonds.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Yves Daudigny, *rapporteur général de la commission des affaires sociales.* Cet amendement avait été présenté en première lecture et la commission avait émis un avis défavorable. Il tend à supprimer deux dispositions de l'article 33 relatives au Gamex.

Cet organisme est un groupement d'entreprises d'assurances, qui a été créé en 1961 pour gérer le régime obligatoire d'assurance maladie des exploitants agricoles – service des prestations et recouvrement des cotisations. À l'heure actuelle, 6 % des assurés sont affiliés au Gamex.

L'article 33, qui réforme le système de financement de la gestion administrative de la mutualité sociale agricole, la MSA, prévoit la centralisation de la trésorerie et des réserves des caisses locales au sein de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. À des fins de cohérence, le Gamex est également concerné par cette remontée de trésorerie.

En effet, la trésorerie de cet organisme ne lui appartient pas : il s'agit de la trésorerie de la gestion des prestations du risque maladie. Il n'est donc pas légitime de laisser ces fonds au Gamex au détriment du régime obligatoire d'assurance maladie des exploitants agricoles.

Pour ces raisons, la commission est défavorable à cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Le Gouvernement est également défavorable à cet amendement.

Madame la sénatrice, le Gamex n'a pu accumuler des réserves de gestion administrative qu'en raison du financement de ses dépenses de fonctionnement par les cotisations dites « complémentaires », qui sont des cotisations de gestion administrative. Ces réserves de gestion représentent aujourd'hui l'équivalent d'un an de dépenses ; et tout cela alors que le régime agricole était, lui, globalement déficitaire en matière de financement des prestations.

Il nous a donc fallu, en dépit des réserves existantes, faire appel à la solidarité nationale et interprofessionnelle, aux fins de combler ce déficit technique. À une époque où l'on ne peut plus se permettre de constituer des réserves inutilisées et alors que ces fonds ne sont plus utiles pour la construction des dépenses de gestion puisque l'ensemble du système a été réorganisé, nous voulons faire en sorte que les réserves du Gamex soient reversées dans le droit commun.

M. le président. La parole est à Mme Catherine Procaccia, pour explication de vote.

Mme Catherine Procaccia. Je ne partage absolument pas les explications qui viennent d'être données. Le problème de fond, c'est l'équilibre du régime agricole. J'ai été salariée agricole pendant trente-trois ans et, à ce titre, relevais du régime agricole. Je sais parfaitement comment cela fonctionne.

La MSA se bat régulièrement parce que des catégories de population sont transférées du régime agricole vers le régime général ou vers d'autres régimes. Le Gouvernement ferait mieux de se pencher sur l'équilibre du régime de manière globale plutôt que d'essayer, à l'occasion de l'examen de projets de loi de financement de la sécurité sociale ou d'autres textes, de soustraire une partie des cotisations. Au final, il ne s'agira de toute façon que d'une solution transitoire à l'équilibre de la MSA.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 27.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 33.

(L'article 33 est adopté.)

D. Lecture définitive

1. Assemblée nationale

RAS

E. Texte adopté

- (AN NL) Article 37 33

I. – Le code rural et de la pêche maritime est ainsi modifié :

1° L'article L. 723-11 est ainsi modifié :

a) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° D'assurer la gestion de risques, de fonds ou de budgets dans les cas prévus par la législation ou la réglementation ; »

b) Il est ajouté un 12° ainsi rédigé :

« 12° 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. » ;

2° Après les mots : « d'application », la fin du dernier alinéa de l'article L. 726-2 est ainsi rédigée : « du présent article. » ;

3° L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « prestations d'assurance » sont remplacés par le mot : « assurances » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

4° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « des prestations d'assurance » sont remplacés par les mots : « de l'assurance » et les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10, » sont supprimés ;

b) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les cotisations dues par les assujettis ; »

5° L'article L. 731-10 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

6° L'article L. 731-13 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, les mots : « techniques et complémentaires » sont supprimés ;

b) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

7° Au premier alinéa de l'article L. 731-38, les mots : « , pour la couverture des risques assurés et des dépenses complémentaires y afférentes, » sont supprimés ;

8° Le second alinéa de l'article L. 731-45 est supprimé ;

9° L'article L. 741-1 est ainsi modifié :

a) La seconde phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Le taux de ces cotisations est fixé selon les modalités prévues aux articles L. 241-2, L. 241-3 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale, sauf dérogations prévues par décret. » ;

b) Le second alinéa est supprimé ;

10° L'article L. 762-11 est abrogé ;

11° Les articles L. 762-12 et L. 762-24 sont ainsi modifiés :

a) À la première phrase, les mots : « des dépenses » sont remplacés par les mots : « de l'ensemble des charges » ;

b) Après le mot : « nécessaires », la fin de la seconde phrase est ainsi rédigée : « à la couverture de ces charges. » ;

12° La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 762-21 est supprimée ;

~~13° (supprimé)~~

~~14°~~ 13° L'article L. 762-33 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« La cotisation prévue au 1° de l'article L. 731-42 varie en fonction de la superficie pondérée de l'exploitation. Un décret fixe les modalités de calcul de cette cotisation. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

~~15°~~ 14° Le 1° de l'article L. 722-20 est complété par les mots : « , et salariés des entreprises artisanales rurales n'employant pas plus de deux salariés de façon permanente » ;

~~16°~~ 15° Le 6° de l'article L. 722-1 et le 2° des articles L. 722-4, L. 722-9 et L. 731-28 sont abrogés ;

~~17°~~ 16° Au troisième alinéa du I de l'article L. 712-1, la première occurrence de la référence : « et 6° » est supprimée ;

~~18°~~ 17° À l'article L. 762-10, les références : « aux 1° et 2° de » sont remplacées par le mot : « à ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 134-6 est ainsi rédigé :

« Art. L. 134-6. – L'ensemble des charges et des produits de la branche du régime des salariés agricoles mentionnée au 2° de l'article L. 722-27 du code rural et de la pêche maritime sont retracés dans les comptes des caisses nationales du régime général, qui en assurent l'équilibre financier.

« Les modalités d'application du premier alinéa sont fixées par décret en Conseil d'État.

« Le premier alinéa ne peut en aucun cas porter atteinte aux droits définitivement consacrés qu'ont les caisses de mutualité sociale agricole de gérer l'ensemble des régimes sociaux agricoles. » ;

2° L'article L. 134-9 est abrogé ;

~~3°~~ ~~2° bis~~ À l'article L. 134-10, les références : « , L. 134-8 et L. 134-9 ci-dessus » sont remplacées par la référence : « et L. 134-8 » ;

~~4°~~ ~~3°~~ À la fin du premier alinéa de l'article L. 134-11-1, les mots : « , à l'exclusion des dépenses complémentaires mentionnées à l'article L. 731-10 du même code » sont supprimés ;

5° ~~4°~~ L'article L. 241-6 est ainsi modifié :

a) Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Les charges de prestations familiales dont bénéficient les salariés et les non-salariés des professions agricoles et non agricoles ainsi que la population non active, ainsi que les charges afférentes à la gestion et au service de ces prestations, sont couvertes par des cotisations, contributions et autres ressources centralisées par la caisse nationale des allocations familiales, qui suit l'exécution de toutes les dépenses.

« Les cotisations, contributions et autres ressources mentionnées au premier alinéa comprennent : » ;

b) Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Des cotisations dues par les personnes salariées et non salariées des professions agricoles ; ».

III. – 1. Le I et les 1°, 4° ~~3°~~ et 5° ~~4°~~ du II du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2014.

2. Le 2° du II s'applique à compter de la compensation calculée pour l'exercice 2012.

3. 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.

4. Les ~~15°~~ 14° à ~~18°~~ 17° du I entrent en vigueur à une date fixée par décret et au plus tard le 1^{er} janvier 2014.

Décision n° 2012 - 659 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 55 (ex 44)

(Mesures relatives à la publicité pour les produits de santé)

Article, consolidation, travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article	4
II. Consolidation	5
III. Travaux parlementaires	7

Table des matières

I. Article	4
- (AN NL) Article 55 44.....	4
II. Consolidation	5
A. Code de la santé publique.....	5
- Article L5122-6	5
- Article L5213-3	6
- Article 5422-5.....	6
III. Travaux parlementaires	7
B. Première lecture	7
1. Assemblée nationale	7
a. Projet de loi	7
1 - Texte du projet de loi initial	7
b. Amendements discutés en commission.....	8
1 - Amendement rejeté	8
- Amendement AS 21	8
- Amendement AS 82.....	9
c. Rapport n° 302 (déposé le 17 octobre 2012) de M. Christian Paul.....	9
d. Avis présenté au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (n° 287), par Mme Valérie Rabault	11
e. Amendements discutés par l'AN	12
1 - Amendements adoptés.....	12
- Amendement n° 384 présenté par M. Paul	12
- Amendement n° 385 présenté par M. Paul	12
2 - Amendements rejetés	12
- Amendement n° 84 rect. présenté par M. Robinet, et autres.....	12
- Amendement n°135 présenté par M. Tian, Mme Le Callennec, Mme Boyer et M. Verchère.....	13
f. Compte-rendu des débats – 1 ^{ère} séance du vendredi 26 octobre	13
2. Sénat.....	14
a. Projet de loi	14
b. Rapport n° 107 déposé le 7 novembre 2012 Tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy - ...	15
c. Compte-rendu des débats – Néant.....	16
C. Commission mixte paritaire : désaccord	16
D. Nouvelle lecture	17
1. Assemblée nationale	17
a. Amendements examinés en commission	17
1 - Amendement adopté.....	17
- Amendement AS 149.....	17
2 - Amendements rejetés	17
- Amendement AS 26.....	17
- Amendement AS 62.....	18
- Amendement AS 23.....	19
- Amendement AS 60.....	19
- Amendement AS 24.....	21
- Amendement AS 61.....	22
b. Rapport n°430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Lévy.....	22
1 - Amendements adoptés.....	23

- Amendement n°60 présenté par M. Paul.....	23
2 - Amendements rejetés	23
- Amendement n°141 présenté par M. Tian et M. Bouchet.....	23
- Amendement n°139 rect. présenté par M. Tian et M. Bouchet.....	23
- Amendement n°140 présenté par M. Tian et M. Bouchet.....	24
c. Compte-rendu des débats AN – 2ème séance du lundi 26 novembre 2012.....	24
d. Texte adopté par l'AN.....	25
2. Sénat.....	26
a. Rapport n° 164 déposé le 27 novembre 2012 par M. Yves Daudigny.....	26
b. Compte-rendu des débats – séance du jeudi 29 novembre (Néant)	26
E. Texte adopté.....	26

I. Article

- (AN NL) Article 55 44

I. – Le premier alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces dispositions s'appliquent également dans le cas où la dénomination du médicament est la reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

II. – L'article L. 5422-5 du même code est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Dont la dénomination est une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

III. – L'article L. 5213-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5213-3.* – Les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public.

« Cette interdiction ne s'applique pas aux dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en raison de leur faible risque pour la santé humaine ou de la faible incidence de leur promotion sur les dépenses de l'assurance maladie. »

IV. – Après l'article L. 165-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-8-1.* – Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État. »

V. – Les I et II entrent en vigueur six mois après la promulgation de la présente loi.

II. Consolidation

A. Code de la santé publique

Cinquième partie : Produits de santé

Livre Ier : Produits pharmaceutiques

Titre II : Médicaments à usage humain

Chapitre II : Publicité.

- Article L5122-6

La publicité auprès du public pour un médicament n'est admise qu'à la condition que ce médicament ne soit pas soumis à prescription médicale, qu'aucune de ses différentes présentations ne soit remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie et que l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement ne comporte pas d'interdiction ou de restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique, notamment lorsque le médicament n'est pas adapté à une utilisation sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance du traitement. **Ces dispositions s'appliquent également dans le cas où la dénomination du médicament est la reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination.**

La publicité auprès du public pour un médicament bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne en application du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une Agence européenne des médicaments, ou dont l'autorisation de mise sur le marché a été modifiée par le biais de la procédure telle que prévue par ce même règlement, peut être interdite ou restreinte pour les motifs cités au premier alinéa, par décision du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé .

Par dérogation au premier alinéa, les campagnes publicitaires pour les médicaments mentionnés à l'article L. 5121-2 ou pour des vaccins soumis à prescription médicale ou remboursables peuvent s'adresser au public.

Les campagnes publicitaires non institutionnelles auprès du public pour des vaccins mentionnés au troisième alinéa du présent article ne sont autorisées que si les conditions suivantes sont réunies :

1° Ils figurent sur une liste de vaccins établie pour des motifs de santé publique par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis du Haut Conseil de la santé publique ;

2° Le contenu de ces campagnes publicitaires est conforme à l'avis du Haut Conseil de la santé publique et est assorti, de façon clairement identifiée, des mentions minimales obligatoires déterminées par cette instance. Ces mentions sont reproduites in extenso, sont facilement audibles et lisibles, selon le support du message publicitaire concerné, sont sans renvoi et sont en conformité avec des caractéristiques définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

La publicité auprès du public pour un médicament est nécessairement accompagnée d'un message de prudence et de renvoi à la consultation d'un médecin en cas de persistance des symptômes.

NOTA:

Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 article 41 III : Les présentes dispositions entrent en vigueur à une date prévue par le décret pris pour leur application et au plus tard le 1er août 2012. Dès cette entrée en vigueur, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé exerce l'ensemble des droits et supporte l'ensemble des obligations de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. Jusqu'à l'entrée en vigueur de ces dispositions, les compétences et pouvoirs que la présente loi attribue à l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé sont exercés par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

Le décret n° 2012-597 du 27 avril 2012 est entré en vigueur le 1er mai 2012.

Livre II : Dispositifs médicaux, dispositifs médicaux de diagnostic in vitro et autres produits et objets réglementés dans l'intérêt de la santé publique

Titre Ier : Dispositifs médicaux

Chapitre III : Publicité

- Article L5213-3

~~Ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, à l'exception des dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.~~

Les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public.

Cette interdiction ne s'applique pas aux dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en raison de leur faible risque pour la santé humaine ou de la faible incidence de leur promotion sur les dépenses de l'assurance maladie.

Livre IV : Sanctions pénales et financières

Titre II : Médicaments à usage humain

Chapitre II : Publicité.

- Article 5422-5

Est punie de 37500 euros d'amende toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament :

1° Soumis à prescription médicale ;

2° Remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sauf dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5122-6 ;

3° Dont l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement comporte des restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique.

4° Dont la dénomination est une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination.

III. Travaux parlementaires

B. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi

1 - Texte du projet de loi initial

I. – À la fin du premier alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, il est ajouté la phrase suivante :

« Ces dispositions s'appliquent également dans le cas où la dénomination du médicament est la reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

II. – À l'article L. 5422-5 du même code, il est ajouté un dernier alinéa ainsi rédigé :

« 4° Dont la dénomination est une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

III. – L'article L. 5213-3 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 5213-3.* – Les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public.

« Cette interdiction ne s'applique pas aux dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale en raison de leur faible risque pour la santé humaine ou de la faible incidence de leur promotion sur les dépenses de l'assurance maladie. »

IV. – Après l'article L. 165-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-8-1.* – Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité ont été prononcés par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre.

« Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État. »

V. – Les dispositions du I et II entrent en vigueur six mois après la publication de la présente loi.

Exposé des motifs

La publicité pour les produits de santé est un sujet récurrent d'inquiétude en matière d'augmentation du risque de dépenses pour l'assurance maladie. Deux sujets ont été identifiés, sur lesquels il convient d'agir : d'une part la publicité pour des spécialités pharmaceutiques pour le grand public dont le nom commercial est très proche de celui d'un médicament remboursable, et d'autre part le dispositif d'encadrement de la publicité pour les dispositifs médicaux, très récent et qui nécessite d'être renforcé.

En ce qui concerne les médicaments, il est proposé d'interdire la publicité grand public pour les spécialités non remboursables dont la dénomination rappelle celle d'une spécialité remboursable. Une période transitoire de six mois est prévue pour les spécialités en cause déjà commercialisées et faisant l'objet de campagne de publicité. Le non respect de ces dispositions sera passible d'une sanction pénale, à l'instar de ce qui existe déjà en matière de publicité pour les produits de santé.

En ce qui concerne les dispositifs médicaux, la loi du 29 décembre 2011 a apporté des compléments en matière de sécurité sanitaire qui ne s'avèrent toutefois pas suffisants. Il s'agit donc de compléter le dispositif actuel régissant leur publicité sur deux points :

– étendre les motifs de l'interdiction de la publicité grand public pour les dispositifs médicaux remboursables à ceux qui risquent d'avoir une incidence importante sur les dépenses pour l'assurance maladie – la publicité étant actuellement autorisée pour tous les dispositifs médicaux à risque faible pour la santé selon une liste fixée par arrêté ;

– mettre en place un pouvoir de sanction dans le domaine des dispositifs médicaux identique à celui existant dans le domaine du médicament, et qui sera confié au comité économique des produits de santé (CEPS).

b. Amendements discutés en commission

1 - Amendement rejeté

- Amendement AS 21

AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet

Article 44

l'alinéa 2

Après ~~le I. de cet article~~, ajouter un I bis ainsi rédigé :

I bis – Compléter l'article L.5122-6 du code de la sécurité sociale par l'alinéa suivant :

« La reprise de dénomination mentionnée au 1er alinéa est précisée par décret en Conseil d'Etat ».

EXPOSE SOMMAIRE

L'interdiction proposée par l'article 44 n'a pas pour objet d'entraver l'essor de l'automédication justifiée ou de restreindre les mesures de régulation du CEPS (Comité économique des produits de santé) sur les médicaments remboursables ou de limiter les sanctions prévues au II.

En revanche, la portée du I justifie de lever les ambiguïtés éventuelles relatives au contenu de la notion de « reprise de dénomination ».

2 - Amendement non-défendu

- Amendement AS 82

présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 44

l'alinéa 2

Après le I de cet article, ajouter un I bis ainsi rédigé :

I bis – Compléter l'article L.5122-6 du code de la santé publique par l'alinéa suivant :

« La reprise de dénomination mentionnée au 1er alinéa est précisée par décret en Conseil d'Etat ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'interdiction proposée par l'article 44 n'a pas pour objet d'entraver l'essor de l'automédication justifiée ou de restreindre les mesures de régulation du CEPS (Comité économique des produits de santé) sur les médicaments remboursables ou de limiter les sanctions prévues au II.

En revanche, la portée du I. justifie de lever les ambiguïtés éventuelles relatives au contenu de la notion de « reprise de dénomination ».

c. Rapport n° 302 (déposé le 17 octobre 2012) de M. Christian Paul

Mesures relatives à la publicité pour les produits de santé

Le présent article vise à renforcer le contrôle de la publicité pour les médicaments et dispositifs médicaux.

1. Le renforcement des règles relatives aux publicités pour des médicaments

En l'état actuel du droit, l'article L. 5122-6 du code de la santé publique prévoit que la publicité auprès du public pour un médicament n'est admise qu'à la condition que ce médicament ne soit pas soumis à prescription médicale, qu'aucune de ses différentes présentations ne soit remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie et que l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement ne comporte pas d'interdiction ou de restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique, notamment lorsque le médicament n'est pas adapté à une utilisation sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance du traitement.

Selon l'étude d'impact, depuis plusieurs années, les laboratoires obtiennent de la part de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) le visa de publicité grand public pour la promotion de spécialités dont les noms rappellent ceux de spécialités remboursables et ce, afin de capitaliser sur la notoriété de leurs marques remboursables tout en renforçant cette notoriété. Pour ce faire, ils ajoutent des préfixes ou des suffixes au nom de la spécialité remboursable.

Cette pratique entretient la confusion dans l'esprit du public et peut être assimilée à un détournement de l'interdiction de publicité pour les médicaments remboursables. Ainsi, les premiers cas sont survenus en 2007 et, depuis lors, le phénomène s'accroît (exemples : *voltaren emulgel / voltarenactigo ; advil / advilcaps ; efferalgan / efferalgantab ; nurofen / nurofenfem*).

Par conséquent, le I du présent article modifie l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, afin de préciser que la publicité pour un médicament est possible à conditions que « *sa dénomination ne soit pas une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes d'assurance maladie, y compris une reprise partielle dès lors qu'elle évoque de façon significative ladite dénomination remboursable.* »

Le II complète, en outre, l'article L. 5422-5 du même code, afin de prévoir que la publicité pour un médicament dont la dénomination est une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable est punie de 37 500 euros d'amende.

2. L'encadrement de la publicité pour les dispositifs médicaux remboursables

L'actuel article L. 5211-1 du code de la santé publique définit ainsi les dispositifs médicaux : *« tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. Constitue également un dispositif médical le logiciel destiné par le fabricant à être utilisé spécifiquement à des fins diagnostiques ou thérapeutiques. »*

L'article L. 5213-1 du code de la santé publique dispose que l'on entend par publicité pour les dispositifs médicaux au sens de l'article L. 5211-1 toute forme d'information, y compris le démarchage, de prospection ou d'incitation qui vise à promouvoir la prescription, la délivrance, la vente ou l'utilisation de ces dispositifs, à l'exception de l'information dispensée dans le cadre de leurs fonctions par les pharmaciens gérant une pharmacie à usage intérieur.

En l'état actuel du droit, selon l'article L. 5213-3 du même code, ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, à l'exception des dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Or, cet encadrement ne permet pas d'interdire la publicité pour des dispositifs médicaux qui entraîneraient des coûts importants pour les finances sociales. Seuls les critères sanitaires déterminent l'autorisation de publicité.

De plus, décret n° 2012-743 du 9 mai 2012 relatif à la publicité pour les dispositifs médicaux, qui prévoit que la publicité auprès du public ne doit comporter aucun élément qui *« comporterait des offres de primes, objets ou produits quelconques ou d'avantages matériels directs ou indirects de quelque nature que ce soit »* ou *« se référerait à une recommandation de personnes qui, bien que n'étant ni des scientifiques ni des professionnels de santé, peuvent, par leur notoriété, inciter à l'utilisation de dispositifs médicaux »*, exonère de ces deux dispositions l'ensemble des dispositifs de classe I et IIa, soit la totalité des dispositifs médicaux non implantables.

Il est donc nécessaire de renforcer l'arsenal juridique dont les pouvoirs publics disposent pour limiter la publicité pour les dispositifs médicaux, en particulier lorsqu'ils peuvent entraîner des dépenses excessives pour l'assurance maladie.

Le III du présent article propose par conséquent une nouvelle rédaction de l'article L. 5213-3 du code de la santé publique, qui précise que les dérogations à l'interdiction de publicité ne s'appliquent qu'aux dispositifs médicaux présentant un faible risque pour la santé humaine et dont la promotion n'est pas susceptible d'entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie.

Selon l'étude d'impact, un arrêté précisera le champ de cette mesure.

La liste des dispositifs médicaux pouvant entraîner des dépenses injustifiées pour l'assurance maladie, qui feront l'objet d'un encadrement de la publicité sera déterminée en fonction des critères suivants : hétérogénéité des spécifications techniques du dispositif concerné, existence de campagnes grand public déjà régulières se référant à une recommandation de personnes qui, bien que n'étant ni des scientifiques ni des professionnels de santé, peuvent, par leur notoriété, inciter à l'utilisation de dispositifs médicaux.

Ces critères s'apprécieront au cas par cas, et il n'est pas possible de fixer un seuil unique au-delà duquel il serait considéré que le dispositif médical est trop coûteux.

Seront ainsi concernés, par exemple :

- les dispositifs médicaux dont l'économie est régulée par un prix limite de vente et dont la publicité auprès du grand public serait susceptible d'entraîner des dépenses injustifiées (pansements à l'argent) ;
- les dispositifs médicaux de maintien à domicile (sièges coquilles) ;
- les dispositifs médicaux à destination d'un grand public (orthèses de type ceinture lombaire).

3. L'appui de sanctions financières et pénales pour faire respecter les règles relatives à la publicité pour les dispositifs médicaux remboursables

Le IV du présent article crée un nouvel article L. 165-8-1 du code de la sécurité sociale, afin de prévoir les sanctions pénales applicables en cas de manquement aux règles relatives à la publicité pour les dispositifs médicaux remboursables.

Celui-ci prévoit que lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité ont été prononcés par l'ANSM et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé (CEPS) peut fixer, après que le

fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur rencontre.

Le montant de cette pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État.

Enfin le V du présent article prévoit que les dispositions du I et II entrent en vigueur six mois après la publication de la présente loi.

Deux décrets seront nécessaires à l'application de cet article. Le premier sera relatif à la pénalité financière infligée par le CEPS au fabricant ou au distributeur du dispositif médical à l'encontre duquel l'ANSM a prononcé un retrait d'autorisation de publicité.

Le deuxième, doublé d'un arrêté, viendra préciser les conditions d'interdiction de publicité pour les dispositifs médicaux remboursables présentant un risque de dépenses injustifiées pour l'assurance maladie.

L'impact financier de ces mesures est évalué à 20 millions d'euros au titre de l'encadrement de la publicité pour les dispositifs médicaux, 5 millions pour les médicaments et 0,7 million au titre de l'application des sanctions financières.

*

L'amendement AS 82 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

La Commission examine l'amendement AS 21 de M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. L'interdiction posée par l'article 44 n'a pas pour objet d'entraver l'essor de l'automédication justifiée, de restreindre les mesures de régulation du Comité économique des produits de santé (CEPS) sur les médicaments remboursables, ni de limiter les sanctions prévues au II.

En revanche, la portée du I justifie de lever les ambiguïtés éventuelles de la notion de « reprise de dénomination ».

M. Christian Paul, rapporteur. Non seulement un décret en Conseil d'État n'est pas nécessaire, mais il pourrait conduire à différer la mise en œuvre de cet article ! Avis défavorable.

La Commission rejette l'amendement AS 21.

Puis elle adopte l'article 44 sans modification.

d. Avis présenté au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013 (n° 287), par Mme Valérie Rabault

L'article 44 durcit les dispositions applicables à la publicité relative aux produits de santé – médicaments et dispositifs médicaux. Concernant les premiers, il est proposé d'interdire la publicité grand public pour les médicaments non remboursables dont la dénomination est trop similaire à celui d'une spécialité remboursable. L'interdiction s'appliquera également, s'agissant des seconds, aux dispositifs médicaux présentant un risque de dépenses injustifiées pour l'assurance maladie. Par parallélisme avec les dispositions déjà existantes dans le domaine des médicaments, l'article 44 étend le pouvoir de sanction du comité économique des produits de santé (CEPS) en la matière aux dispositifs médicaux. Compte tenu de l'impact espéré de l'absence de publicité sur la consommation de médicaments et de dispositifs médicaux, la mesure est censée générer une économie en année pleine de 5 millions d'euros pour les premiers et de 20,7 millions d'euros pour les seconds, soit une moindre dépense annuelle de près de 26 millions d'euros.

e. Amendements discutés par l'AN

1 - Amendements adoptés

- Amendement n° 383 présenté par M. Paul

À l'alinéa 10, substituer au mot :

« cette »,

le mot :

« la ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

- Amendement n° 384 présenté par M. Paul

À l'alinéa 11, substituer aux mots :

« de l'infraction sanctionnée »,

les mots :

« du manquement sanctionné ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

- Amendement n° 385 présenté par M. Paul

A l'alinéa 14, substituer au mot :

« publication »,

le mot :

« promulgation ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

2 - Amendements rejetés

- Amendement n° 84 rect. présenté par M. Robinet, et autres.

Mme Dalloz, M. Lazaro, M. Darmanin, M. Philippe Armand Martin, M. Decool, M. Morel-A-L'Huissier, M. Terrot, M. Straumann, M. Jacquat, Mme Poletti, M. Daubresse, M. Vitel, M. Perrut, M. Jean-Pierre Vigier et Mme Grommerch

Après l'alinéa 2, insérer les deux alinéas suivants :

« I bis. – Le même article L. 5122-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La reprise de dénomination mentionnée au premier alinéa est précisée par décret en Conseil d'État ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'interdiction proposée par l'article 44 n'a pas pour objet d'entraver l'essor de l'automédication justifiée ou de restreindre les mesures de régulation du CEPS (Comité économique des produits de santé) sur les médicaments remboursables ou de limiter les sanctions prévues au II.

En revanche, la portée du I. justifie de lever les ambiguïtés éventuelles relatives au contenu de la notion de « reprise de dénomination ».

- Amendement n°135 présenté par M. Tian, Mme Le Calennec, Mme Boyer et M. Verchère

Après l'alinéa 2 insérer les deux alinéas suivants :

« I. – *bis*. Le même article L. 5122-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La reprise de dénomination mentionnée au précédent alinéa est précisée par décret en Conseil d'État ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'interdiction proposée par l'article 44 n'a pas pour objet d'entraver l'essor de l'automédication justifiée ou de restreindre les mesures de régulation du CEPS (Comité économique des produits de santé) sur les médicaments remboursables ou de limiter les sanctions prévues au II.

En revanche, la portée du I. justifie de lever les ambiguïtés éventuelles relatives au contenu de la notion de « reprise de dénomination ».

f. Compte-rendu des débats – 1^{ère} séance du vendredi 26 octobre

M. le président. Sur l'article 44, plusieurs orateurs sont inscrits.

La parole est à Mme Fanélie Carrey-Conte.

Mme Fanélie Carrey-Conte. J'avais très rapidement évoqué cet article lors de la discussion générale, et je souhaite y revenir de façon plus détaillée. Il s'agit d'une question importante, celle de la publicité sur les produits de santé.

C'est une question importante, car il s'agit d'un élément déterminant de la stratégie commerciale des laboratoires pharmaceutiques, qui cherchent à accroître leur notoriété pour augmenter leurs ventes. C'est également une question importante car elle peut avoir des conséquences graves en termes d'augmentation des dépenses de l'assurance maladie.

Il est donc essentiel de réglementer et d'encadrer cette publicité. Trois dispositions dans cet article sont particulièrement importantes. La première tend à empêcher les stratégies de contournement que pratiquent certains laboratoires. Actuellement, les laboratoires pharmaceutiques n'ont pas le droit de faire de la publicité pour des spécialités remboursables. Mais depuis quelques années, ils obtiennent des visas leur permettant de faire de la publicité pour des produits dont le nom rappelle très fortement celui de spécialités remboursables : très concrètement, ils ajoutent des préfixes ou des suffixes au nom du produit. L'article 44 interdit désormais la publicité dans la presse grand public pour des produits dont le nom est significativement similaire à celui d'une spécialité remboursable.

Deux autres dispositions importantes figurent dans cet article 44 : le renforcement de l'encadrement de la publicité pour les dispositifs médicaux remboursables – désormais la promotion des dispositifs médicaux qui entraînent des coûts importants pour l'assurance maladie sera interdite – et enfin, afin de faire respecter les règles encadrant la publicité sur ces dispositifs médicaux remboursables, l'article prévoit la possibilité de sanctions financières et pénales pour les laboratoires qui ont été sanctionnés d'une interdiction ou d'un retrait d'autorisation de publicité.

Au vu des enjeux pour les comptes sociaux, je voulais souligner l'importance de cet article. Il a été enrichi hier par un amendement que nous avons voté – il avait été déposé par la présidente Lemorton –, qui interdit aux grands laboratoires de faire de la publicité dans la presse grand public sur leur seul nom plutôt que sur une spécialité, dans le but d'imprimer leur marque dans les esprits.

M. le président. La parole est à M. Jean-Louis Roumegas.

M. Jean-Louis Roumegas. Nous soutiendrons avec beaucoup d'enthousiasme cet article et son renforcement par l'amendement de Mme Lemorton voté en commission. L'enjeu est simple : on ne peut pas considérer le médicament comme une simple marchandise.

Aujourd'hui, le système mixte dans lequel nous sommes est aberrant. Des laboratoires qui vivent globalement sur la solidarité nationale sont en train de développer une logique purement commerciale, basée sur la publicité, en essayant de créer des besoins en matière médicale ou paramédicale. C'est proprement inacceptable.

Si on laisse cette logique mercantile se développer dans le domaine du médicament, ou à côté du médicament, c'est l'ensemble du système de solidarité nationale qui sera menacé. Nous ne pouvons pas accepter cette dérive.

Une affaire qui est en train d'éclater en est un exemple probant : Sanofi licencie son pôle de recherche en France, et au même moment, développe à grand renfort de publicité une marque paramédicale, Oenobiol, qui commercialise des produits de compléments alimentaires. C'est aberrant : un laboratoire arrête partiellement la recherche sur le médicament en France et essaye de développer une logique commerciale.

L'encadrement et même l'interdiction de la publicité sur le médicament sont des objectifs qu'il faut poursuivre du point de vue de l'équilibre des comptes sociaux, mais ce sont aussi des objectifs de société. Il faut mettre un coup d'arrêt à cette dérive.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Le groupe GDR votera cet article – enrichi de l'amendement présenté par Mme Lemorton hier soir –, pour les raisons qui viennent d'être dites, et que je ne répète pas. Nous pensons qu'il y a lieu de rectifier un certain nombre de choses dans le domaine des laboratoires et de l'industrie pharmaceutiques.

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 84 rectifié et 135.

La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. En réponse à M. Roumegas, l'industrie pharmaceutique, c'est quand même 100 000 emplois en France et plus de 500 sites. Avant de porter des jugements un peu abrupts et traiter tout le monde de je-ne-sais-quoi, faites attention. Beaucoup de gens vivent du médicament, c'est un produit que l'on exporte et une valeur forte de notre pays. Le médicament, ce n'est pas que des gens qui volent la sécurité sociale, ce sont aussi des gens qui survivent, qui vivent grâce à la production française. Ne nous plaignons donc pas qu'il y ait des gens qui bossent dans les industries pharmaceutiques.

Ces amendements portent sur la notion de reprise de dénomination, sur laquelle des ambiguïtés pourraient naître. C'est une question importante pour les laboratoires qui avaient déposé des brevets à l'époque.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis défavorable. L'ANSM établira une recommandation qui suffira. Le décret de précision proposé dans l'amendement n'est donc pas utile.

(Les amendements identiques n^{os} 84 rectifié et 135 ne sont pas adoptés.)

M. le président. Les amendements n^{os} 383, 384 et 385 de M. Christian Paul sont rédactionnels. La commission et le Gouvernement y sont favorables.

(Les amendements n^{os} 383, 384 et 385, successivement mis aux voix, sont adoptés.)

(L'article 44, amendé, est adopté.)

2. Sénat

a. Projet de loi

I. - Le premier alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces dispositions s'appliquent également dans le cas où la dénomination du médicament est la reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

II. - L'article L. 5422-5 du même code est complété par un 4^o ainsi rédigé :

« 4^o Dont la dénomination est une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

III. - L'article L. 5213-3 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 5213-3. - Les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public.

« Cette interdiction ne s'applique pas aux dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en raison de leur faible risque pour la santé humaine ou de la faible incidence de leur promotion sur les dépenses de l'assurance maladie. »

IV. - Après l'article L. 165-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-8-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 165-8-1. - Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État. »

V. - Les I et II entrent en vigueur six mois après la promulgation de la présente loi.

b. Rapport n° 107 déposé le 7 novembre 2012 Tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy -

Objet : Cet article vise à compléter les mesures en vigueur destinées à interdire la publicité sur certains médicaments et dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé

Interdiction de la publicité auprès du grand public pour les médicaments non remboursables dont la dénomination rappelle celle d'une spécialité remboursable

Selon l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, la publicité auprès du public pour un médicament n'est admise qu'à la condition qu'il ne soit pas soumis à prescription médicale, qu'aucune de ses différentes présentations ne soit remboursable par l'assurance maladie et que l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement ne comporte pas d'interdiction ou de restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique, notamment lorsque le médicament n'est pas adapté à une utilisation sans intervention d'un médecin pour le diagnostic, l'initiation ou la surveillance du traitement.

Or, les laboratoires commercialisent depuis 2007 des médicaments répondant à ces conditions et dont la publicité peut être autorisée, mais dont **le nom est très proche d'un médicament remboursable** : voltaren emulgel/voltarenactigo ; advil/advilcaps ; efferalgan/efferalgantab ; nurofen/nurofenfem ; doliprane/dolipraneoro.

Ce procédé, qui s'est largement répandu, crée nécessairement de la **confusion** dans l'esprit des patients et constitue, à n'en pas douter, une **publicité indirecte** du médicament pour lequel elle est interdite.

Pour tenir compte de ces pratiques discutables, le **paragraphe I** ajoute un alinéa, dans l'article L. 5122-6 susmentionné, pour préciser que l'interdiction de publicité grand public s'applique également dans le cas où la dénomination du médicament est la reprise de celle d'un médicament remboursable, y compris lorsque cette reprise est partielle et de nature à créer une confusion.

Par cohérence, le **paragraphe II** étend à ce cas précis la sanction prévue à l'article L. 5422-5 du même code en cas de publicité non autorisée d'un médicament auprès du public.

Le **paragraphe V** prévoit que ces nouvelles dispositions entrent en vigueur six mois après la publication de la présente loi de financement.

Extension de l'interdiction de publicité portant sur les dispositifs médicaux

L'article L. 5213-3 du même code, introduit par la loi « sécurité sanitaire » de décembre 2011^{55(*)}, interdit la publicité grand public pour les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par l'assurance maladie. Toutefois, cette publicité est possible, de manière dérogatoire, pour les dispositifs présentant un faible risque pour la santé humaine dont la liste est fixée par arrêté ministériel.

Le **paragraphe III** souhaite étendre cette interdiction aux dispositifs dont la portée financière peut être conséquente pour l'assurance maladie. Pour ce faire et par contraste, il élargit la liste prévue par l'arrêté précité et intègre, comme exception à l'interdiction, les dispositifs médicaux dont la promotion aurait une faible incidence sur les dépenses d'assurance maladie.

Pénalité financière en cas de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité sur un dispositif médical

L'article L. 5213-4 du même code prévoit que l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) autorise, de manière préalable, les publicités des dispositifs médicaux présentant un risque important pour la santé humaine dont la liste est fixée par arrêté. L'agence peut suspendre ou retirer cette autorisation.

L'article L. 5213-5 du même code permet à l'ANSM de mettre en demeure la personne concernée de retirer une publicité pour un dispositif médical, puis de prononcer une interdiction.

Or, contrairement à ce que prévoit pour les médicaments l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, ces deux procédures de retrait et d'interdiction de publicité ne sont pas assorties de sanctions. Sont uniquement envisagées des amendes administratives ou des astreintes (articles L. 5213-4 et 5312-4-1).

Le **paragraphe IV** insère un nouvel article L. 165-8-1 dans le code de la sécurité sociale pour autoriser des sanctions lors d'un retrait d'autorisation ou d'une interdiction de publicité sur un dispositif médical. **Le comité économique des produits de santé (Ceps) pourra fixer une pénalité financière**, qui ne pourra pas être supérieure à 10 % du chiffre d'affaires au titre du produit incriminé lors des six mois précédents. Cette pénalité sera fixée en fonction de la gravité de l'infraction sanctionnée. Son produit sera affecté à l'assurance maladie et un décret en Conseil d'Etat définira les règles et délais de procédure applicable.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur soutient pleinement l'objectif de cet article, qui vise notamment à lutter contre des pratiques commerciales qui contournent **de facto** la législation en vigueur sur la publicité des médicaments.

A son initiative, la commission a adopté **deux amendements** portant sur le paragraphe IV de l'article relatif à la pénalité financière en cas de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité sur un dispositif médical : le premier étend la possibilité de fixer des pénalités au cas des dispositifs médicaux de diagnostic **in vitro** ; le second prévoit que la pénalité est également fonction de l'évolution des ventes du produit concerné.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

c. Compte-rendu des débats – Néant

Texte rejeté en 1ère lecture par le Sénat le 15 novembre 2012

C. Commission mixte paritaire : désaccord

D. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Amendements examinés en commission

1 - Amendement adopté

- Amendement AS 149

Amendement présenté par M Christian Paul, rapporteur pour
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies
professionnelles

—

Article 44

AS	149	
----	-----	--

A la deuxième phrase de l'alinéa 12, les mots : « aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie » sont supprimés.

EXPOSE SOMMAIRE

Amendement rédactionnel

2 - Amendements rejetés

- Amendement AS 26

AMENDEMENT
Présenté par Arnaud Robinet

AS 26

ARTICLE 44

~~Article L. 5125-6 du code de la santé publique~~

Supprimer les alinéas 1 à 4

EXPOSE SOMMAIRE

Le secteur des produits d'automédication ne représente en France en 2011 que 6,4% du marché des médicaments contre une moyenne de 10,4% dans l'Union Européenne, classant notre pays en avant-dernière position. La France doit rattraper son retard avec une politique d'automédication responsable et adaptée à certaines pathologies, qui reposerait sur les conseils du pharmacien d'officine, en toute sécurité pour les patients. L'automédication est également un des facteurs de régulation importants du système de soins.

L'interdiction proposée par le I. et le II. de l'article 44 risque d'entraver l'essor de l'automédication en limitant l'usage de la publicité grand public. C'est pourquoi, il est proposé de les supprimer.

- Amendement AS 62

AMENDEMENT

AS 62

Présenté par Dominique TIAN, Jean-Claude BOUCHET

ARTICLE 44

Supprimer les alinéas 1 à 4

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le secteur des produits d'automédication ne représente en France en 2011 que 6,4% du marché des médicaments contre une moyenne de 10,4% dans l'Union Européenne, classant notre pays en avant-dernière position. La France doit rattraper son retard avec une politique d'automédication responsable et adaptée à certaines pathologies, qui reposerait sur les conseils du pharmacien d'officine, en toute sécurité pour les patients. L'automédication est également un des facteurs de régulation importants du système de soins.

L'interdiction proposée par le I. et le II. de l'article 44 risque d'entraver l'essor de l'automédication en limitant l'usage de la publicité grand public. C'est pourquoi, il est proposé de les supprimer.

- Amendement AS 23

AMENDEMENT
Présenté par Arnaud Robinet

AS	23
----	----

ARTICLE 44

(Article L. 5122-6 du code de la santé publique)

Compléter
~~Rédiger ainsi~~ l'alinéa 2 par les mots :

« et que sa marque ou son nom de fantaisie ne crée pas de confusion avec ceux d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie ».

EXPOSE SOMMAIRE

L'article R 5121-3 du Code de la Santé Publique établit clairement les règles qui doivent prévaloir pour le choix d'un nom de fantaisie d'une spécialité pharmaceutique : sans préjudice de l'application de la législation relative aux marques de fabrique, de commerce et de service, le nom de fantaisie est choisi de façon à éviter toute confusion avec d'autres médicaments et ne pas induire en erreur sur la qualité ou les propriétés de la spécialité.

L'article R 5121-3 se fonde sur le risque de confusion avec un autre médicament qui intègre donc logiquement la notion de ressemblance de dénomination.

Il s'agit donc d'un amendement rédactionnel précisant la notion de dénomination et qui, tout en maintenant l'objet initial de la disposition, permet d'être cohérent avec la réglementation existante et plus en conformité avec le principe de clarté de la loi.

- Amendement AS 60

AMENDEMENT

AS	60
----	----

Présenté par Dominique TIAN, Jean-Claude BOUCHET

ARTICLE 44

Compléter
~~Rédiger ainsi~~ l'alinéa 2 par les mots :

« et que sa marque ou son nom de fantaisie ne crée pas de confusion avec ceux d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article R 5121-3 du Code de la Santé Publique établit clairement les règles qui doivent prévaloir pour le choix d'un nom de fantaisie d'une spécialité pharmaceutique : *sans préjudice de l'application de la législation relative aux marques de fabrique, de commerce et de service, le nom de fantaisie est choisi de façon à éviter toute confusion avec d'autres médicaments et ne pas induire en erreur sur la qualité ou les propriétés de la spécialité.*

L'article R 5121-3 se fonde sur le risque de confusion avec un autre médicament qui intègre donc logiquement la notion de ressemblance de dénomination.

Il s'agit donc d'un amendement rédactionnel précisant la notion de dénomination et qui, tout en maintenant l'objet initial de la disposition, permet d'être cohérent avec la réglementation existante et plus en conformité avec le principe de clarté de la loi.



ARTICLE 44

~~(Article L. 5122-6 du code de la santé publique)~~

Rédiger ainsi le 4ème alinéa :

« 4° dont la marque ou le nom de fantaisie ne crée pas de confusion avec ceux d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie ».

EXPOSE SOMMAIRE

L'article R 5121-3 du Code de la Santé Publique établit clairement les règles qui doivent prévaloir pour le choix d'un nom de fantaisie d'une spécialité pharmaceutique : sans préjudice de l'application de la législation relative aux marques de fabrique, de commerce et de service, le nom de fantaisie est choisi de façon à éviter toute confusion avec d'autres médicaments et ne pas induire en erreur sur la qualité ou les propriétés de la spécialité.

L'article R 5121-3 se fonde sur le risque de confusion avec un autre médicament qui intègre donc logiquement la notion de ressemblance de dénomination.

Il s'agit donc d'un amendement rédactionnel précisant la notion de dénomination et qui, tout en maintenant l'objet initial de la disposition, permet d'être cohérent avec la réglementation existante et plus en conformité avec le principe de clarté de la loi.

- Amendement AS 61

Présenté par Dominique TIAN, Jean-Claude BOUCHET

ARTICLE 44

Rédiger ainsi le 4^{ème} alinéa :

« 4^o dont la marque ou le nom de fantaisie ne crée pas de confusion avec ceux d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article R 5121-3 du Code de la Santé Publique établit clairement les règles qui doivent prévaloir pour le choix d'un nom de fantaisie d'une spécialité pharmaceutique : *sans préjudice de l'application de la législation relative aux marques de fabrique, de commerce et de service, le nom de fantaisie est choisi de façon à éviter toute confusion avec d'autres médicaments et ne pas induire en erreur sur la qualité ou les propriétés de la spécialité.*

L'article R 5121-3 se fonde sur le risque de confusion avec un autre médicament qui intègre donc logiquement la notion de ressemblance de dénomination.

Il s'agit donc d'un amendement rédactionnel précisant la notion de dénomination et qui, tout en maintenant l'objet initial de la disposition, permet d'être cohérent avec la réglementation existante et plus en conformité avec le principe de clarté de la loi.

b. Rapport n°430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Lévy

Le présent article vise à renforcer le contrôle de la publicité pour les médicaments et dispositifs médicaux. Il vise d'une part, à éviter que la publicité pour les médicaments non remboursés n'use de noms trop proches des médicaments remboursables, entretenant ainsi la confusion dans l'esprit des usagers. D'autre part, il vise à étendre l'interdiction de publicité pour les dispositifs médicaux dont la vente entraîne des coûts importants pour les finances sociales.

Il a été adopté sans modification en première lecture par l'Assemblée nationale.

*

La Commission examine les amendements identiques AS 26 de M. Arnaud Robinet et AS 62 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. L'automédication ne représentait en France, en 2011, que 6,4 % du marché des médicaments, contre une moyenne de 10,4 % dans l'Union européenne, classant ainsi notre pays en avant-dernière position. La France doit donc rattraper son retard par une politique d'automédication responsable et adaptée à certaines pathologies, reposant sur les conseils de pharmaciens d'officine et, donc, apportant toute sécurité aux patients. Or les alinéas 1 à 4 de l'article 44 risquent d'entraver l'essor de l'automédication en limitant l'usage de la publicité médicamenteuse à l'intention du grand public. Nous proposons donc de les supprimer.

M. Dominique Tian. Même argumentation.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Curieux amendements, s'étonnant de ce que la France soit l'un des derniers pays à pratiquer l'automédication et préconisant de la développer ! Je croyais que l'on consommait trop de médicaments et j'observe que nous nous approchons enfin des moyennes européennes.

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable pour la même raison.

M. Gérard Bapt. J'ai récemment découvert que l'on pouvait maintenant commander des médicaments sur Internet ! Cela m'inquiète beaucoup.

La Commission rejette les amendements AS 26 et AS 62.

Puis elle examine les amendements identiques AS 23 de M. Arnaud Robinet et AS 60 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. Ces amendements visent à préciser l'encadrement des noms donnés aux médicaments non remboursables en vue d'une meilleure cohérence avec la réglementation existante et pour davantage de clarté.

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable.

La Commission rejette les amendements AS 23 et AS 60.

Elle est ensuite saisie des amendements identiques AS 24 de M. Arnaud Robinet et AS 61 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. Même argumentation que pour les amendements précédents.

M. Christian Paul, rapporteur. Donc, même avis défavorable.

La Commission rejette les amendements AS 24 et AS 61.

Puis elle adopte l'amendement rédactionnel AS 149 de M. Christian Paul, rapporteur.

La Commission adopte l'article 44 modifié.

1 - Amendements adoptés

- Amendement n°60 présenté par M. Paul.

À la deuxième phrase de l'alinéa 12, supprimer les mots :
« aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

2 - Amendements rejetés

- Amendement n°141 présenté par M. Tian et M. Bouchet

Supprimer les alinéas 1 à 4.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le secteur des produits d'automédication ne représente en France en 2011 que 6,4 % du marché des médicaments contre une moyenne de 10,4 % dans l'Union Européenne, classant notre pays en avant-dernière position. La France doit rattraper son retard avec une politique d'automédication responsable et adaptée à certaines pathologies, qui reposerait sur les conseils du pharmacien d'officine, en toute sécurité pour les patients. L'automédication est également un des facteurs de régulation importants du système de soins.

L'interdiction proposée par le I. et le II. de l'article 44 risque d'entraver l'essor de l'automédication en limitant l'usage de la publicité grand public. C'est pourquoi, il est proposé de les supprimer.

- Amendement n°139 rect. présenté par M. Tian et M. Bouchet

Substituer aux alinéas 1 et 2 l'alinéa suivant :

« I. – Le premier alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique est complété par les mots : « et que sa marque ou son nom de fantaisie ne crée pas de confusion avec ceux d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article R 5121-3 du Code de la Santé Publique établit clairement les règles qui doivent prévaloir pour le choix d'un nom de fantaisie d'une spécialité pharmaceutique : sans préjudice de l'application de la législation relative aux marques de fabrique, de commerce et de service, le nom de fantaisie est choisi de façon à éviter toute confusion avec d'autres médicaments et ne pas induire en erreur sur la qualité ou les propriétés de la spécialité.

L'article R 5121-3 se fonde sur le risque de confusion avec un autre médicament qui intègre donc logiquement la notion de ressemblance de dénomination.

Il s'agit donc d'un amendement rédactionnel précisant la notion de dénomination et qui, tout en maintenant l'objet initial de la disposition, permet d'être cohérent avec la réglementation existante et plus en conformité avec le principe de clarté de la loi.

- Amendement n°140 présenté par M. Tian et M. Bouchet

Rédiger ainsi l'alinéa 4 :

« 4° dont la marque ou le nom de fantaisie ne crée pas de confusion avec ceux d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article R 5121-3 du Code de la Santé Publique établit clairement les règles qui doivent prévaloir pour le choix d'un nom de fantaisie d'une spécialité pharmaceutique : sans préjudice de l'application de la législation relative aux marques de fabrique, de commerce et de service, le nom de fantaisie est choisi de façon à éviter toute confusion avec d'autres médicaments et ne pas induire en erreur sur la qualité ou les propriétés de la spécialité.

L'article R 5121-3 se fonde sur le risque de confusion avec un autre médicament qui intègre donc logiquement la notion de ressemblance de dénomination.

Il s'agit donc d'un amendement rédactionnel précisant la notion de dénomination et qui, tout en maintenant l'objet initial de la disposition, permet d'être cohérent avec la réglementation existante et plus en conformité avec le principe de clarté de la loi.

c. Compte-rendu des débats AN – 2ème séance du lundi 26 novembre 2012

M. le président. Sur l'article 44, je suis saisi d'un amendement n° 141.

La parole est à M. Dominique Tian, pour le soutenir.

M. Dominique Tian. Les produits d'automédication ne représentent en France que 6,4 % du marché des médicaments contre une moyenne de 10, 4 % dans l'Union européenne. Or, l'interdiction que prévoit les alinéas 1 à 4 de l'article 44 risque d'entraver l'essor de ce secteur en limitant l'usage de la publicité grand public. C'est pourquoi il est proposé de les supprimer.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable également.

(L'amendement n° 141 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 139 rectifié.

M. Dominique Tian. L'article R. 5121-3 établit clairement les règles qui régissent les noms de fantaisie d'une spécialité pharmaceutique. Il se fonde sur le risque de confusion avec un autre médicament, risque qui intègre logiquement la notion de ressemblance de dénomination.

Le présent amendement vise à préciser la notion de dénomination. Sans modifier l'objet initial de la disposition, il permet d'être plus en conformité avec le principe de clarté de la loi, tout en étant en cohérence avec la réglementation existante.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. La rédaction retenue pour l'article 44 va dans le sens que vous souhaitez, monsieur Tian, mais elle nous apparaît beaucoup plus précise et plus claire. Elle interdit de reprendre la dénomination d'un médicament remboursable pour promouvoir un médicament non remboursable, y compris lorsque cette reprise est partielle ou de nature à créer une confusion avec cette dénomination.

Nous souhaitons conserver la rédaction actuelle. C'est pourquoi la commission a rejeté votre amendement.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(L'amendement n° 139 rectifié n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 140.

M. Dominique Tian. Défendu !

(L'amendement n° 140, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, pour soutenir l'amendement n° 60.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit d'un amendement rédactionnel.

(L'amendement n° 60, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 44, amendé, est adopté.)

d. Texte adopté par l'AN

I. – Le premier alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces dispositions s'appliquent également dans le cas où la dénomination du médicament est la reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

II. – L'article L. 5422-5 du même code est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Dont la dénomination est une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

III. – L'article L. 5213-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5213-3.* – Les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public.

« Cette interdiction ne s'applique pas aux dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en raison de leur faible risque pour la santé humaine ou de la faible incidence de leur promotion sur les dépenses de l'assurance maladie. »

IV. – Après l'article L. 165-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-8-1.* – Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur rencontre.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes obligatoires de base d'assurance maladie selon les modalités prévues à l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État. »

V. – Les I et II entrent en vigueur six mois après la promulgation de la présente loi.

2. Sénat

a. Rapport n° 164 déposé le 27 novembre 2012 par M. Yves Daudigny

L'article 44 complète les mesures en vigueur destinées à interdire la publicité sur certains médicaments et dispositifs médicaux. L'Assemblée nationale a adopté **un amendement rédactionnel**.

b. Compte-rendu des débats – séance du jeudi 29 novembre (Néant)

Rejet, par scrutin public, du projet de loi.

E. Texte adopté

I. – Le premier alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces dispositions s'appliquent également dans le cas où la dénomination du médicament est la reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires de l'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

II. – L'article L. 5422-5 du même code est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Dont la dénomination est une reprise de la dénomination d'un médicament remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie, y compris lorsque la reprise de cette dénomination est partielle et de nature à créer une confusion avec cette dénomination. »

III. – L'article L. 5213-3 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5213-3.* – Les dispositifs médicaux pris en charge ou financés, même partiellement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie ne peuvent faire l'objet d'une publicité auprès du public.

« Cette interdiction ne s'applique pas aux dispositifs médicaux inscrits sur une liste fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en raison de leur faible risque pour la santé humaine ou de la faible incidence de leur promotion sur les dépenses de l'assurance maladie. »

IV. – Après l'article L. 165-8 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-8-1.* – Lorsqu'un retrait d'autorisation de publicité ou une interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé dans les conditions prévues aux articles L. 5213-4 ou L. 5213-5 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou son mandataire ou le distributeur concerné a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité financière à leur encontre.

« Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, par le fabricant ou son mandataire ou par le distributeur au titre du ou des produits ayant fait l'objet du retrait d'autorisation ou de l'interdiction de publicité, durant les six mois précédant et les six mois suivant la date de retrait d'autorisation ou d'interdiction de publicité.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité du manquement sanctionné par le retrait d'autorisation ou l'interdiction de publicité.

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté selon les modalités prévues à

l'article L. 162-37. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

« Les règles et délais de procédure applicables à la pénalité financière sont définis par décret en Conseil d'État. »

V. – Les I et II entrent en vigueur six mois après la promulgation de la présente loi.

Décision n° 2012 - 659 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 56 (ex 44 bis)

(Prix de vente de certains allergènes)

Article, consolidation, travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article	3
II. Consolidation	4
III. Travaux parlementaires	5

Table des matières

I. Article	3
- (AN NL) Article 56 44 <i>bis</i>	3
II. Consolidation	4
A. Code de la sécurité sociale	4
- Article L. 162-16-4	4
- Art. L. 162-16-4-1	4
III. Travaux parlementaires	5
A. Première lecture	5
1. Assemblée nationale	5
a. Projet de loi	5
b. Rapport n°302 de M. Gérard BAPT du 17 octobre 2012.....	5
c. Amendements discutés en séance	5
1 - Amendement n°745 du 22 octobre 2012 présenté par le Gouvernement.....	5
- Article 44	5
2 - Sous-amendement n°791 du 25 octobre 2012 présenté par M. Tian.....	6
d. Compte-rendu des débats – 2 ^e séance du 26 octobre 2012	6
- Article 44	6
2. Sénat.....	7
a. Projet de loi du 6 novembre 2012.	7
b. Rapport n° 107 tome VII de M. Yves Daudigny et autres.....	7
c. Compte-rendu des débats du lundi 12 novembre 2012 au jeudi 15 novembre 2012	8
B. Commission mixte paritaire	8
C. Nouvelle lecture	8
1. Assemblée nationale	8
a. Projet de loi de la sécurité sociale pour 2013 déposé le 15 novembre 2012.....	8
- Article 44 <i>bis</i> (nouveau)	8
b. Amendement adopté par la Commission	8
- Amendement AS 147.....	8
c. Rapport n° 430 de M. Gérard BAPT déposé le 21 novembre 2012.....	9
- Article 44 bis	9
d. Amendements discutés en séance	10
- Amendement n°61 du 22 novembre 2012 présenté par M. Paul.....	10
- Amendement n°41 du 22 novembre 2012 présenté par M. Robinet et autres	10
e. Compte-rendu des débats – 2 ^e séance du 26 novembre 2012	11
- Article 44 <i>bis</i>	11
f. Projet de loi adopté en Nouvelle lecture par l'Assemblée nationale le 26 novembre 2012	11
- Article 44 <i>bis</i>	11
2. Sénat.....	11
a. Rapport n°164 de M. Yves DAUDIGNY déposé le 27 novembre 2012	11
b. Compte-rendu des débats – séance du 29 novembre 2012	11
D. Assemblée Nationale - Lecture définitive.....	12
a. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, rejeté par le Sénat et déposé 30 novembre 2012	12
- Article 44 bis	12
E. Texte adopté.....	12

I. Article

- (AN NL) Article 56 44-bis

Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-4-1.* – Le prix de vente au public 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.

« La fixation de ce prix tient principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article 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. »

II. Consolidation

Légende (pour les articles consolidés)

- ~~texte barré~~ : dispositions supprimées
- **texte en gras** : dispositions nouvelles

A. Code de la sécurité sociale

Partie législative

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

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

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins.

- **Article L. 162-16-4**

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 48

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 47 (V)

Le prix de vente au public de chacun des médicaments mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-17 est fixé par convention entre l'entreprise exploitant le médicament et le Comité économique des produits de santé conformément à l'article L. 162-17-4 ou, à défaut, par décision du comité, sauf opposition conjointe des ministres concernés qui arrêtent dans ce cas le prix dans un délai de quinze jours après la décision du comité. La fixation de ce prix tient compte principalement de l'amélioration du service médical rendu apportée par le médicament, le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, des prix des médicaments à même visée thérapeutique, des volumes de vente prévus ou constatés ainsi que des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament. Lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé fait connaître à la commission les motifs de son appréciation.

Ce prix comprend les marges prévues par la décision mentionnée à l'article L. 162-38 ainsi que les taxes en vigueur.

Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article, et notamment les procédures et délais de fixation des prix.

Sont constatées et poursuivies, dans les conditions fixées par le titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence, les infractions aux conventions et arrêtés mentionnés ci-dessus

- **Art. L. 162-16-4-1**

Le prix de vente au public 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.

La fixation de ce prix tient principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

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

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi

b. Rapport n°302 de M. Gérard BAPT du 17 octobre 2012

RAS

c. Amendements discutés en séance

1 - Amendement n°745 du 22 octobre 2012 présenté par le Gouvernement

- Article 44

Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-4-1.* – Le prix de vente au public 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 conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code, 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 15 jours après la décision du comité.

« La fixation de ce prix tient principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de ventes prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article et notamment les procédures et délais de fixation du prix. ».

Exposé des motifs

Les allergènes préparés spécialement pour un seul individu (APSI), définis à l'art. L. 4211-6 du CSP, sont des médicaments, autorisés par l'ANSM et constitués d'extraits allergéniques utilisés pour le diagnostic et le traitement des allergies. Une soixantaine d'APSI sont aujourd'hui autorisés. Ils s'apparentent à des préparations magistrales préparées et délivrées par des laboratoires autorisés (en pratique, seulement deux actuellement). Ils n'ont ni code CIP ni AMM, et ne peuvent donc pas être évalués par la commission de la transparence (CT). Ils sont remboursables à un taux de 65 %. Les dépenses d'assurance maladie en 2011 pour les APSI représentaient environ 110 M€ avec une croissance de +12 % par an.

L'assurance maladie assure la liquidation des APSI sur la base des factures présentées au remboursement par les deux laboratoires d'allergènes autorisés, sans réelle visibilité sur le détail des préparations facturées.

Par ailleurs, il existe des spécialités pharmaceutiques ayant une AMM et à même visée thérapeutique que les APSI, qui ont pu être évaluées par la HAS et qui sont remboursables en ville à un taux de 15 %.

Aussi, compte tenu de l'existence d'alternatives remboursables, des disparités de taux et de prix par rapport à ces alternatives et de la dynamique des dépenses de remboursement que représente la prescription d'APSI pour l'assurance maladie, il apparaît justifié de pouvoir déterminer les APSI remboursables, définir les principaux critères de fixation de leur prix en suivant une procédure et des délais de fixation des prix compatibles avec la directive Transparence et passer des conventions avec les laboratoires concernés pour encadrer ces dépenses.

L'amendement vise donc à permettre au comité économique des produits de santé de fixer les prix de ces médicaments et de conclure de telles conventions avec les laboratoires concernés.

Adopté

2 - Sous-amendement n°791 du 25 octobre 2012 présenté par M. Tian

À l'alinéa 3, après le mot :

« comparables, »,

insérer les mots :

« de leur place dans la stratégie thérapeutique, ».

Exposé des motifs

La référence à la stratégie thérapeutique, usuelle dans la fixation des prix, a été omise alors qu'elle aura dans le cas présent une portée importante puisqu'elle conduira à ne pas prendre en compte des produits à simple effet symptomatique, d'autant que l'autorisation de l'Agence, s'agissant des allergènes préparés spécialement pour un seul individu (APSI), n'a pas à aborder cet aspect.

Non soutenu

d. Compte-rendu des débats – 2^e séance du 26 octobre 2012

- Article 44

M. le président. La parole est à Mme la ministre des affaires sociales et de la santé, pour soutenir l'amendement n° 745.

Mme Marisol Touraine, ministre des affaires sociales et de la santé. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, cet amendement a pour objet d'établir une procédure de fixation du prix des allergènes. Il n'en existe pas, en effet, à l'heure actuelle.

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

M. Christian Paul, rapporteur de la commission des affaires sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Cet amendement n'a pas été examiné par la commission des affaires sociales. J'y suis, à titre personnel, favorable, dans la mesure où il s'agit avant tout de mettre fin à un anachronisme.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Sauf erreur de ma part, nous avons été harcelés de SMS et de courriels par un laboratoire qui fabrique des allergènes. Selon les messages de ce laboratoire, le Gouvernement voudrait mettre en péril cette industrie.

Je n'ai pu vérifier cette allégation. Le Gouvernement a-t-il des informations à ce sujet ?

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Je souhaite rassurer M. Jacquat : le harcèlement dont lui et quelques autres ont été victimes ne portait pas sur les dispositions de cet amendement. C'est un autre sujet, qui a été évoqué dans le débat public.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Il s'agit, je crois, du laboratoire français Stallergenes, qui intervient beaucoup dans ce domaine. Je ne pense pas qu'il soit menacé.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. C'est bien pour cela que j'ai employé le mode conditionnel. Je n'ai pas eu le temps de me pencher sur cette question. Monsieur le rapporteur spécial, pourriez-vous nous donner des informations à ce propos, quand la question sera abordée ?

M. Christian Paul, rapporteur. Pourquoi m'appellez-vous rapporteur spécial ?

M. Denis Jacquat. Je peux aussi vous appeler « monsieur le ministre *bis* » !

M. Christian Paul, rapporteur. C'est du mauvais comique de répétition !

(L'amendement n° 745 est adopté.)

2. Sénat

a. Projet de loi du 6 novembre 2012.

Est transmis l'article 44 bis (nouveau) :

Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-4-1.* – Le prix de vente au public 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 conformément au dernier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code, 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.

« La fixation de ce prix tient principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article et notamment les procédures et délais de fixation du prix. »

b. Rapport n° 107 tome VII de M. Yves Daudigny et autres

(Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy)

Article 44 bis (art. L. 162-16-4-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale) - Prix de vente de certains allergènes

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, prévoit les modes de fixation du prix des allergènes préparés spécialement pour un seul individu (Apsi).

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

L'article L. 4211-6 du code de la santé publique permet aux personnes (physiques ou morales) ayant obtenu une autorisation de l'agence de sécurité du médicament (ANSM) de préparer et délivrer des allergènes spécialement pour un seul individu (Apsi). Ces Apsi sont constitués d'extraits allergéniques et utilisés pour le diagnostic et le traitement des allergies. Une soixantaine de ces médicaments, qui s'apparentent à des préparations magistrales, sont aujourd'hui autorisées, au nom de deux laboratoires.

Les Apsi ne sont pas des spécialités pharmaceutiques et ne font l'objet ni d'une évaluation, ni d'une autorisation de mise sur le marché (AMM). Il n'y a pas de données comparatives ou d'évaluation de leur efficacité.

A l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un amendement pour insérer un nouvel article L. 162-16-4-1 dans le code de la sécurité sociale pour prévoir les modalités de fixation de prix des Apsi.

Le prix de vente au public sera établi par convention entre le laboratoire et le comité économique des produits de santé (Ceps) ou à défaut par décision du Ceps. La fixation du prix tiendra principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation. Un décret en Conseil d'État fixera les conditions d'application.

II - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

c. Compte-rendu des débats du lundi 12 novembre 2012 au jeudi 15 novembre 2012

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, rejeté en 1^{ère} lecture par le Sénat le 15 novembre 2012 ;

Pas de discussion autour de l'article 44 bis.

B. Commission mixte paritaire

Echec

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi de la sécurité sociale pour 2013 déposé le 15 novembre 2012

- Article 44 bis (nouveau)

Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-4-1. – Le prix de vente au public 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 conformément au dernier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code, 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.

« La fixation de ce prix tient principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

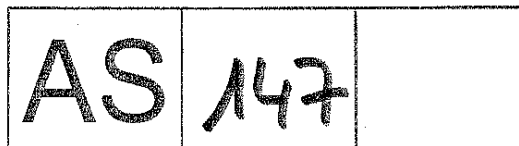
« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article et notamment les procédures et délais de fixation du prix. »

b. Amendement adopté par la Commission

- Amendement AS 147

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ
SOCIALE POUR 2013
NOUVELLE LECTURE (N°415)

Amendement présenté par M Christian Paul, rapporteur pour
l'assurance maladie, les accidents du travail et les maladies
professionnelles



Article 44 bis

I. – A l'alinéa 2, supprimer les mots : « conformément au dernier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code »

II. – Compléter l'alinéa 4 par les mots : « , ainsi que les règles selon lesquelles certains de ces allergènes peuvent être exclus du remboursement par l'assurance maladie »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement clarifie la rédaction afin de bien circonscrire la fixation du prix des APSI uniquement aux APSI remboursables selon des modalités définies par décret.

c. Rapport n° 430 de M. Gérard BAPT déposé le 21 novembre 2012

- Article 44 bis

(Art. L. 162-16-4-1 [nouveau] du code de la sécurité sociale)

Fixation du prix de certains allergènes

Cet article, inséré à l'initiative du Gouvernement, prévoit les modes de fixation du prix des allergènes préparés spécialement pour un seul individu (Apsi). Le prix de vente au public sera établi par convention entre le laboratoire et le Comité économique des produits de santé (CEPS) ou à défaut par décision de ce dernier.

*

La Commission examine l'amendement AS 147 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement vise à bien circonscrire la fixation du prix des allergènes uniquement aux allergènes préparés spécialement pour un seul individu (APSI) remboursables selon des modalités qui seront définies par décret.

M. Arnaud Robinet. L'article 44 bis, résultant d'un amendement déposé par le Gouvernement en première lecture, permet au Comité économique des produits de santé (CEPS) de fixer, par convention avec les laboratoires, le prix des allergènes et en renvoie les modalités de remboursement à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Or celui-ci ne vise que les médicaments officinaux et les préparations magistrales, dont ne font pas partie les allergènes. Il faut donc mettre fin à cette distorsion, d'autant que se pose aussi un problème de droit européen.

La Commission adopte l'amendement AS 147.

Puis elle adopte l'article 44 bis modifié.

d. Amendements discutés en séance

- Amendement n°61 du 22 novembre 2012 présenté par M. Paul

I. – À l'alinéa 2, supprimer les mots :

« conformément au dernier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ».

II. – En conséquence, compléter l'alinéa 4 par les mots :

« , ainsi que les règles selon lesquelles certains de ces allergènes peuvent être exclus de la prise en charge par l'assurance maladie ».

Exposé des motifs

Cet amendement clarifie la rédaction afin de bien circonscrire la fixation du prix des allergènes préparés spécialement pour un seul individu (APSI) uniquement aux APSI remboursables selon des modalités définies par décret.

Adopté

- Amendement n°41 du 22 novembre 2012 présenté par M. Robinet et autres

(M. Robinet, M. Jean-Pierre Vigier, M. Mathis, M. Reiss, Mme Grommerch, M. Gandolfi-Scheit, M. Fasquelle, Mme Dalloz, Mme Fort, M. Decool, M. Straumann et M. Jacquat)

I. – À l'alinéa 2, supprimer les mots :

« conformément au dernier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code ».

II. – En conséquence, à l'alinéa 4, après le mot :

« notamment »,

insérer les mots :

« les conditions et les modalités d'admission au remboursement, ainsi que ».

Exposé sommaire

Cet amendement a pour objet la suppression de la référence au dernier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Cet alinéa concerne en effet la prise en charge par l'Assurance maladie des médicaments officinaux et des préparations magistrales.

Or, les allergènes ne répondent ni à la définition du médicament officinal ni à celle de la préparation magistrale.

En effet, le 6) de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique – issu de la transposition de la directive européenne du 6 novembre 2001 instituant un code communautaire des médicaments à usage humain - définit les allergènes comme des médicaments immunologiques. Les définitions du médicament officinal et de la préparation magistrale figurent quant à elles respectivement aux 3) et 1) du même article.

Dès lors, la référence au dernier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale n'est pas pertinente, dans la mesure où les allergènes ne sont ni des médicaments officinaux ni des préparations magistrales.

Il convient donc de supprimer le renvoi au dernier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

Il convient également, par souci de cohérence, de fixer, par décret en Conseil d'État, les modalités et les conditions d'admission au remboursement propres aux allergènes. Ces dispositions particulières viendront ainsi se substituer, pour cette catégorie de produits, aux dispositions du 11) de l'article R. 322-1 qui leur sont actuellement appliquées.

NB :L'ensemble des amendements de la quatrième partie du PLFSS pour 2013 est tombé du fait du rejet de la troisième partie.

La mention « Tombé » signifie qu'il n'y avait pas lieu de soumettre l'amendement au vote du Sénat dans la mesure où soit l'objectif poursuivi par l'amendement a été atteint par l'adoption d'un autre amendement (ex. :

amendement de rédaction globale incluant la modification proposée), soit, au contraire, l'amendement était incompatible avec un amendement précédemment adopté (ex. : l'adoption d'un amendement de suppression fait tomber tous les autres).

Non soutenu

e. Compte-rendu des débats – 2^e séance du 26 novembre 2012

- Article 44 bis

M. le président. Sur l'article 44 bis, je suis saisi d'un amendement n° 61 rectifié.

La parole à M. Christian Paul, pour le soutenir.

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement de clarification vise à circonscrire la fixation du prix des allergènes préparés spécialement pour un seul individu aux seuls APSI remboursables selon des modalités qui devront être définies par voie réglementaire.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Favorable.

(L'amendement n° 61 rectifié est adopté.)

(L'article 44 bis, amendé, est adopté.)

f. Projet de loi adopté en Nouvelle lecture par l'Assemblée nationale le 26 novembre 2012

- Article 44 bis

Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-4-1.* – Le prix de vente au public 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 conformément au dernier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code, 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.

« La fixation de ce prix tient principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article 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. »

2. Sénat

a. Rapport n°164 de M. Yves DAUDIGNY déposé le 27 novembre 2012

RAS

b. Compte-rendu des débats – séance du 29 novembre 2012

Projet de loi de financement rejeté par le Sénat en nouvelle lecture.

D. Assemblée Nationale - Lecture définitive

a. Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, rejeté par le Sénat et déposé 30 novembre 2012

- Article 44 bis

Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-4-1.* – Le prix de vente au public 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.

« La fixation de ce prix tient principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article 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. »

E. Texte adopté

(AN NL) Article 56 ~~44 bis~~

Après l'article L. 162-16-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-4-1.* – Le prix de vente au public 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.

« La fixation de ce prix tient principalement compte des prix des produits comparables, des volumes de vente prévus ou constatés et des conditions prévisibles et réelles d'utilisation.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article 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. »

Décision n° 2012 - 659 QPC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 57 (ex article 45)

(Elargissement de la recommandation temporaire d'utilisation)

Article, consolidation, travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article	4
II. Consolidation	5
III. Travaux parlementaires	8

Table des matières

I. Article	4
- (AN NL) Article 57 45.....	4
II. Consolidation	5
A. Code de la santé publique.....	5
- Article L. 5121-12-1	5
B. Code de la sécurité sociale	6
- Article L. 162-17-2-1.....	6
- Article L. 162-17-2-2.....	7
III. Travaux parlementaires	8
A. Première lecture	8
1. Assemblée nationale	8
a. Projet de loi, n° 287, déposé le 10 octobre 2012.....	8
- Article 45.....	8
b. Amendements adoptés par la commission	9
1 - Amendement n° AS 252 présenté par M. Paul.....	9
c. Amendement rejetés par la Commission.....	10
1 - Amendement n° AS 20, présenté par M. Arnaud Robinet (rejeté).....	10
2 - Amendement n° 83, présenté par Dominique Tian (non soutenu).....	11
d. Rapport n° 302 TOME II ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL de M. Christian PAUL, déposé le 17 octobre 2012	11
- Article 45	11
e. Amendements adoptés par l'AN	16
1 - AMENDEMENT N°465 présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail) le 19 octobre 2012.....	16
2 - AMENDEMENT N° 784 présenté par le Gouvernement le 25 octobre 2012	16
f. Amendements rejetés par l'AN.....	17
1 - AMENDEMENT N°136 présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel le 18 octobre 2012 (non soutenu).....	17
2 - AMENDEMENT N°85, présenté par M. Robinet, M. Darmanin, M. Daubresse, Mme Dalloz, M. Lazaro, M. Philippe Armand Martin, M. Decool, M. Morel-A-L'Huissier, Mme Fort, M. Terrot, Mme Rohfritsch, M. Straumann, M. Jacquat, Mme Poletti, M. Perrut, M. Jean-Pierre Vigier, M. Heinrich et Mme Grommerch le 18 octobre 2012 (rejeté)	18
3 - AMENDEMENT N°198 présenté par M. Accoyer le 19 octobre 2012 (non soutenu).....	18
g. Compte-rendu des débats – 2 ^{ème} séance du vendredi 26 octobre 2012	19
2. Sénat.....	24
a. Projet de loi	24
- Article 45.....	24
b. Rapport n° 107 Tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy - Examen des articles, déposé le 7 novembre 2012	24
c. Compte-rendu des débats –	27
B. Commission mixte paritaire : désaccord	27
a. Rapport déposé le 20 novembre 2012 par M. Gérard Bapt rapporteur, mis en ligne le 22 novembre 2012 à 17 heures 40, sous le n° 421 à l'Assemblée nationale et par M. Yves Daudigny rapporteur, sous le n° 137 au Sénat	27
C. Nouvelle lecture	28
1. Assemblée nationale	28
a. Amendements rejetés par la Commission	28
1 - Amendement n°28 AS présenté par Arnaud Robinet (rejeté).....	28

2 - Amendement n° 63AS présenté par M. Dominique Tian (rejeté).....	29
3 - Amendement n°25 AS, présenté par Arnaud Robinet (rejeté).....	30
4 - Amendement n° 64 AS présenté par Dominique Tian (rejeté).....	31
b. Rapport 430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt (recettes et équilibre général), Christian Paul (assurance maladie et accidents du travail), Mme Martine Pinville (médico-social), M. Michel Issindou (assurance vieillesse) et Mme Geneviève Levy (famille)	31
c. Amendements rejetés par l'AN.....	32
1 - AMENDEMENT N°142 présenté par M. Tian le 22 novembre 2012 (rejeté)	32
2 - AMENDEMENT N°167 présenté par M. Accoyer le 22 novembre 2012 (non soutenu).....	33
3 - AMENDEMENT N°43 présenté par M. Robinet, M. Jacquat, M. Straumann, M. Decool, Mme Fort, Mme Dalloz, M. Fasquelle, M. Gandolfi-Scheit, Mme Grommerch, M. Reiss, M. Mathis et M. Jean-Pierre Vigier le 22 novembre 2012 (non soutenu).....	33
4 - AMENDEMENT N°42 présenté par M. Robinet, M. Gandolfi-Scheit, M. Fasquelle, Mme Dalloz, Mme Fort, M. Decool, M. Straumann, M. Jacquat, M. Jean-Pierre Vigier, M. Mathis, M. Reiss et Mme Grommerch le 22 novembre 2012 (non soutenu).....	34
5 - AMENDEMENT N°143 présenté par M. Tian le 22 novembre 2012 (rejeté)	35
6 - AMENDEMENT N°185 présenté par M. Accoyer le 22 novembre 2012 (non soutenu).....	36
d. Compte-rendu des débats AN – deuxième séance du lundi 26 novembre 2012.....	36
e. Texte adopté par l'AN.....	37
- Article 45	37
2. Sénat.....	38
a. Rapport n° 164 déposé le 27 novembre 2012 par M. Yves Daudigny.....	38
b. Compte-rendu des débats Sénat– séance du jeudi 29 novembre 2012.....	38
c. Texte adopté par le Sénat	38
D. Assemblée nationale - Lecture définitive	38
E. Texte adopté.....	39

I. Article

- (AN NL) Article 57 45

I. – L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – 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. »

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, la référence : « à l'article L. 5121-12-1 » est remplacée par la référence : « au I de l'article L. 5121-12-1 » ;

2° Après l'article L. 162-17-2-1, il est inséré un article L. 162-17-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-2-2. – Les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, être inscrites, au titre de cette recommandation temporaire d'utilisation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du présent code.

« Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application du premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

« À défaut :

« 1° Le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le Comité économique des produits de santé, par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité, en tenant compte principalement des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;

« 2° Le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les listes mentionnées au premier alinéa et à la fixation de son prix et du taux de participation de l'assuré. »

II. Consolidation

A. Code de la santé publique

- Article L. 5121-12-1

Créé par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 18

I. — Une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée disposant d'une autorisation de mise sur le marché ou d'une autorisation temporaire d'utilisation, sous réserve :

1° 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, cette recommandation ne pouvant excéder trois ans ;

2° Ou que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient.

II. — Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont mises à disposition des prescripteurs.

III. — Le prescripteur informe le patient que la prescription de la spécialité pharmaceutique n'est pas conforme à son autorisation de mise sur le marché, de l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée, des risques encourus et des contraintes et des bénéfices susceptibles d'être apportés par le médicament et porte sur l'ordonnance la mention : "Prescription hors autorisation de mise sur le marché".

Il informe le patient sur les conditions de prise en charge, par l'assurance maladie, de la spécialité pharmaceutique prescrite.

Il motive sa prescription dans le dossier médical du patient.

IV. — Les recommandations temporaires d'utilisation mentionnées au I sont établies après information du titulaire de l'autorisation de mise sur le marché.

Les recommandations temporaires d'utilisation sont élaborées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Concernant les maladies rares, l'agence visée à l'article L. 5311-1 élabore les recommandations temporaires d'utilisation en s'appuyant notamment sur les travaux des professionnels de santé prenant en charge ces pathologies et, le cas échéant, les résultats des essais thérapeutiques et les protocoles nationaux de diagnostics et de soins.

Ces recommandations sont assorties d'un recueil des informations concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité par le titulaire de l'autorisation de mise sur le marché ou l'entreprise qui l'exploite, dans des conditions précisées par une convention conclue avec l'agence. La convention peut comporter l'engagement, par le titulaire de l'autorisation, de déposer dans un délai déterminé une demande de modification de cette autorisation.

V. – 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.

B. Code de la sécurité sociale

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

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. 162-17-2-1**

Modifié par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 27

Lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée, toute spécialité pharmaceutique faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue ~~à l'article L. 5121-12-1~~ **au I de l'article L. 5121-12-1** du code de la santé publique, tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre des biens et services remboursables pour le traitement d'une affection de longue durée remplissant les conditions prévues aux 3° ou 4° de l'article L. 322-3 du présent code ou d'une maladie rare telle que définie par le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement. La spécialité, le produit ou la prestation doit figurer dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé, après consultation de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des spécialités pharmaceutiques faisant déjà l'objet, dans l'indication thérapeutique concernée, d'une recommandation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12-1 du même code. La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. En accord, le cas échéant, avec la recommandation temporaire d'utilisation mentionnée ci-dessus et la convention afférente conclue entre l'entreprise et l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, l'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée, une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues.

Les spécialités, produits ou prestations faisant l'objet de l'arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent en outre être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code. L'arrêté précise le délai au terme duquel le médecin-conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'opportunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité, du produit ou de la prestation.

Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation bénéficie d'au moins une indication remboursable, il est pris en charge ou remboursé en application des dispositions des alinéas précédents dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation n'est inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, il est pris en charge ou remboursé dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France

par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.

La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

Les modalités d'application du présent article, notamment la procédure de prise en charge dérogatoire prévue au premier alinéa ainsi que les règles et les délais de procédure, les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale sont déterminés par décret en Conseil d'Etat.

- Article L. 162-17-2-2

Les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, être inscrites, au titre de cette recommandation temporaire d'utilisation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du présent code.

Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application du premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

À défaut :

1° Le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le Comité économique des produits de santé, par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité, en tenant compte principalement des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;

2° Le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les listes mentionnées au premier alinéa et à la fixation de son prix et du taux de participation de l'assuré.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi, n° 287, déposé le 10 octobre 2012

- Article 45

I. – L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Par dérogation aux dispositions du I, 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 au I. 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. »

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase de l'article L. 162-17-2-1, les mots : « à l'article L. 5121-12-1 » sont remplacés par les mots : « au I de l'article L. 5121-12-1 » ;

2° Après l'article L. 162-17-2-1, il est inséré un article L. 162-17-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-2-2.* – Les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, être inscrites, au titre de cette recommandation temporaire d'utilisation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale.

« Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application de l'alinéa précédent, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

« À défaut :

« – le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le comité économique des produits de santé, par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité en tenant compte principalement, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;

« – le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les listes mentionnées au premier alinéa, et à la fixation de son prix et du taux de participation de l'assuré. »

Exposé des motifs

Certaines stratégies commerciales peuvent conduire à la commercialisation d'une même molécule sous des noms de marque différents, ce qui permet aux laboratoires d'obtenir une valorisation distincte de cette même molécule dans différentes indications. En pratique, certaines firmes, par stratégie industrielle ou commerciale, ne développent pas une spécialité dans une indication donnée. Cela conduit à la présence sur le marché, dans cette indication, d'une seule spécialité pharmaceutique.

Cette situation monopolistique, alors même que d'autres spécialités pourraient obtenir la même indication, rend difficile la négociation du prix, pour la spécialité ayant obtenu l'AMM dans cette indication, ce qui génère des dépenses importantes pour l'assurance maladie. Cela induit en outre un risque de sécurité sanitaire en cas d'utilisation de l'autre produit hors-AMM en dehors de tout cadre établi par les autorités sanitaires, le laboratoire refusant de demander une extension de l'AMM.

Aussi, afin de résoudre cette situation insatisfaisante, il est proposé d'étendre la possibilité d'élaborer une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour une spécialité pharmaceutique à des cas où il existe une alternative thérapeutique dans cette indication. Cette possibilité est conditionnée, soit à un impératif de santé publique (comme celui de la sécurisation de prescriptions hors AMM), soit à une exigence de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. La RTU sera élaborée par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé (ANSM).

Cette mesure est complétée par les dispositions nécessaires afin de permettre la prise en charge par l'assurance maladie des spécialités disposant d'une RTU.

b. Amendements adoptés par la commission

1 - Amendement n° AS 252 présenté par M. Paul

Article 45

À l'alinéa 2, après les mots, « aux dispositions du I », insérer les mots : « , et à titre exceptionnel, »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser que les demandes de recommandations d'utilisation temporaire visant à éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie et à lutter contre les distorsions de concurrence auront lieu à titre exceptionnel. Ils s'appuieront sur des critères précis définis par l'ANSM, prenant en compte notamment la population cible, la pathologie concernée, l'écart de prix entre le médicament bénéficiant de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication et celui pour lequel une RTU est envisagée, et surtout l'efficacité et la sécurité du produit.

c. Amendement rejetés par la Commission

1 - Amendement n° AS 20, présenté par M. Arnaud Robinet (rejeté)

PROJET DE LOI de financement de la sécurité sociale pour 2013

AMENDEMENT

Présenté par Arnaud Robinet

Article 45

Supprimer cet article

EXPOSE SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entrainerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Par ailleurs, cet article légaliserait le principe d'une inéquité d'accès aux soins entre les patients qui, pour des raisons de coût, se verraient imposer un traitement dont le bénéfice risque n'aurait pas été établi, et ceux qui bénéficieraient d'un traitement dont le bénéfice risque serait avéré.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM d'autant que l'Etat dispose de tous les leviers pour intervenir s'il considère qu'il existe un dysfonctionnement économique ou financier.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.

2 - Amendement n° 83, présenté par Dominique Tian (non soutenu)

ARTICLE 45

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entraînerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Par ailleurs, cet article légaliserait le principe d'une médecine à deux vitesses entre les patients qui, pour des raisons de coût, se verraient imposer par l'Assurance Maladie un traitement dont le bénéfice risque n'aurait pas été établi, et ceux qui pourraient accéder sans prise en charge collective à un traitement dont le bénéfice risque serait avéré.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM d'autant que l'Etat dispose, à travers le CEPS, des leviers nécessaires pour intervenir s'il considère qu'il existe un dysfonctionnement économique ou financier.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.

d. Rapport n° 302 TOME II ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL de M. Christian PAUL, déposé le 17 octobre 2012

- Article 45

2. La régulation des prescriptions hors autorisation de mise sur le marché (article 45)

L'article 45 vise à étendre la possibilité d'élaborer, à titre exceptionnel, une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour une spécialité pharmaceutique à des cas où il existe une alternative thérapeutique dans cette indication. Il précise en outre les conditions de remboursement des patients traités au moyen de ces spécialités.

Certains laboratoires pharmaceutiques refusent aujourd'hui de demander une extension d'autorisation de mise sur le marché d'un médicament dont l'efficacité est prouvée et le prix réduit. Cette stratégie permet à d'autres entreprises, avec lesquels ils seraient liés par des accords commerciaux, de conserver le monopole du traitement de la même pathologie par un autre médicament, beaucoup plus cher et remboursé par l'assurance maladie.

Ce type de pratique sera désormais rendu impossible grâce à l'élaboration par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) d'une recommandation temporaire d'utilisation qui tiendra compte, désormais, non seulement de l'efficacité du traitement pour les patients, mais aussi de son impact sur les comptes de l'assurance maladie.

(...)

Article 45

(art. L. 5121-12-1, L. 162-17-2-1 et L. 162-17-2-2 [nouveau] du code de la santé publique)
Recommandations temporaires d'utilisation et prise en charge de médicaments pour lesquels il existe des alternatives thérapeutiques

Le présent article vise à étendre la possibilité d'élaborer, à titre exceptionnel, une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour une spécialité pharmaceutique à des cas où il existe une alternative thérapeutique dans cette indication. Il précise en outre les conditions de remboursement des patients traités au moyen de ces spécialités.

1. Les prescriptions « hors AMM » sont à bon droit encadrées

La prescription hors autorisation de mise sur le marché (« hors-AMM ») est aujourd'hui possible en France, au nom de l'intérêt des malades mais aussi de la liberté de prescription des médecins.

Ainsi, le code de déontologie médicale, codifié à l'article R. 4127-8 du code de la santé publique, prévoit que « 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. » Ce principe est également affirmé par l'article L. 162-2 du code de la sécurité sociale, comme la liberté d'installation, le secret professionnel et la liberté de choix du médecin par le malade.

L'ampleur de la prescription « hors-AMM » est difficile à mesurer. En effet, son repérage n'est aujourd'hui possible que par le biais de la prise en charge par la sécurité sociale.

Selon le rapport des Assises du médicament de juin 2011, les prescriptions « hors-AMM » représenteraient de 15 % à 20 % des prescriptions totales toutes spécialités confondues, et d'avantage dans les spécialités comme la pédiatrie, la gériatrie, la cardiologie, la cancérologie. Loin d'être cantonnées à l'hôpital, elles concerneraient l'ensemble du parcours de soins.

La prescription « hors-AMM » peut être légitime. Certains usages « hors AMM » des médicaments résultent de recommandations de prescription émises par les autorités sanitaires, d'autres sont prévus par les textes (comme les autorisations temporaires d'utilisation destinées à soigner des maladies rares, les protocoles thérapeutiques temporaires ou encore certains médicaments prescrits pour le traitement ambulatoire des maladies rares et des affections de longue durée).

Cependant, l'affaire du *Mediator* (prescrit à 78 % « hors AMM ») a révélé les dangers de ce phénomène. C'est pourquoi la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a encadré son usage. Un produit de santé ne peut être prescrit « hors AMM » qu'en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché ou lorsque l'indication ou les conditions d'utilisation considérées ont fait l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation, établie par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé.

Ces recommandations ont été établies pour servir de levier afin, d'une part, d'enrichir les connaissances sur l'efficacité et la tolérance du médicament à partir du suivi des patients traités et, d'autre part, de conduire le laboratoire titulaire de l'autorisation à déposer à terme une demande d'extension d'indication dans l'utilisation recommandée.

Sur ce point, il semble que la législation doive être adaptée pour éviter des pratiques d'optimisation de certaines entreprises pharmaceutiques.

2. Cependant, les contournements de la législation relative à l'autorisation de mise sur le marché des médicaments pèsent sur les comptes sociaux et sur la prise en charge des malades

Comme le souligne l'étude d'impact, certaines stratégies commerciales peuvent conduire à la commercialisation d'une même molécule sous des noms de marque différents, ce qui permet aux laboratoires d'obtenir une valorisation distincte de cette même molécule dans différentes indications. En pratique, certaines firmes ne développent pas une spécialité dans une indication donnée. Cela conduit à la présence sur le marché, dans cette indication, d'une seule spécialité pharmaceutique.

Cette situation monopolistique, alors même que d'autres spécialités pourraient obtenir la même indication, rend difficile la négociation du prix, pour la spécialité ayant obtenu l'autorisation de mise sur le marché dans cette indication, ce qui génère des dépenses importantes pour l'assurance maladie. Cela induit en outre des prescriptions « hors-AMM » et donc un risque de sécurité sanitaire en l'absence de cadre établi par les autorités sanitaires, le laboratoire refusant de demander une extension de son autorisation.

Face à ce type de stratégie commerciale, les pouvoirs publics sont aujourd'hui impuissants. En effet, une entreprise n'a aucune obligation en l'état actuel du droit, de demander une extension d'indication thérapeutique pour une spécialité utilisée « hors AMM ».

3. L'élaboration de recommandations temporaires d'utilisation en cas d'alternative thérapeutique permettra d'éviter les dérives

Afin de résoudre ce problème, il est proposé d'étendre la possibilité d'élaborer, à titre exceptionnel, une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour une spécialité pharmaceutique à des cas où il existe une alternative thérapeutique dans cette indication. Cette possibilité est conditionnée, soit à un impératif de santé publique (comme celui de la sécurisation de prescriptions « hors AMM »), soit à une exigence de maîtrise des dépenses de l'assurance maladie. La recommandation temporaire d'utilisation sera élaborée par l'Agence nationale de sécurité des médicaments et des produits de santé.

Le I du présent article introduit un nouveau paragraphe V à l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique, qui prévoit que par dérogation aux dispositions dans lesquelles une prescription « hors AMM » est possible, et 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.

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.

Les critères pris en compte pour déterminer « un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie » seront notamment les suivants : population cible, pathologie concernée, écart de prix entre le médicament bénéficiant de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication et celui pour lequel une RTU est envisagée, efficacité du produit. Ces critères seront à apprécier au cas par cas.

Votre rapporteur tient ici à souligner que la disposition proposée est en cohérence avec la loi sur la sécurité sanitaire des produits de santé, visant à bien distinguer l'usage légitime du « hors AMM », faisant l'objet d'une recommandation de la nouvelle agence et d'un suivi des malades, et son usage illégitime.

Le 1° du II apporte une précision rédactionnelle à l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale.

Le 2° introduit un nouvel article L. 162-17-2-2 dans le même code, précisant les conditions de remboursement des spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation d'utilisation temporaire au titre de leur impact financier.

La règle générale veut que les médicaments prescrits « hors AMM » ne doivent pas être pris en charge. Il existe à ce principe une dérogation prévue à l'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale, pour les médicaments « hors AMM » soignant des maladies rares et des affections de longue durée, dont le remboursement est décidé après avis de la Haute Autorité de santé (HAS) et de l'Agence nationale de sécurité sanitaire des médicaments et des produits de santé.

Le présent article s'aligne sur les conditions de remboursement des autres médicaments prescrits « hors AMM ».

Il est prévu que les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé, être inscrites, au titre de cette recommandation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17, c'est-à-dire la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire la liste des spécialités pharmaceutiques prises en charge en sus des prestations d'hospitalisation.

Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application de l'alinéa précédent, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

À défaut :

- le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le Comité économique des produits de santé (CEPS), par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité en tenant compte principalement, des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;
- le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission de la transparence de la Haute Autorité de santé.

La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'UNCAM pour les autres médicaments bénéficiant de recommandations temporaires d'utilisation.

Les médicaments qui ne sont inscrits sur aucune liste seront pris en charge ou remboursés dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'UNCAM.

Il est précisé qu'un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les listes mentionnées au premier alinéa, et à la fixation de son prix et du taux de participation de l'assuré. Il serait publié à la fin du premier semestre 2013.

Selon l'étude d'impact, le chiffrage réalisé à partir de plusieurs situations actuelles pour lesquelles une recommandation temporaire d'utilisation telle que décrite ci-dessus pourrait exister représenterait un impact financier estimé à 8 millions d'euros en 2013, à 68 millions d'euros en 2014 et 112 millions d'euros au cours des années suivantes. Ce chiffrage est fondé sur l'hypothèse de l'inscription sur les listes de médicaments remboursables au titre de la recommandation temporaire en novembre 2013 (délai nécessaire à la mise en place d'une recommandation et à l'inscription au remboursement) et sur une hypothèse de report de prescription d'une spécialité sur l'autre de 30 % en 2014 et 50 % au cours des années suivantes.

*

L'amendement AS 83 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

La Commission est saisie d'un amendement AS 20 de M. Arnaud Robinet.

M. Arnaud Robinet. Cet amendement tend à supprimer l'article.

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées en 2011 par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament afin de pallier, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

L'article 45 autorise l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) à délivrer une recommandation temporaire pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication concernée. Il dévoie ainsi la recommandation temporaire en en faisant un instrument à finalité économique. En outre, il entraînerait une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché pour un produit ou une indication seront pénalisées si des recommandations temporaires sont attribuées à des produits pour lesquels aucune autorisation n'aura été demandée.

Par ailleurs, l'article légaliserait un inégal accès aux soins : certains patients, pour des raisons de coût, se verraient imposer un traitement dont le rapport favorable bénéfice-risque n'aurait pas été établi.

Seules des préoccupations de santé publique, en l'absence d'alternative thérapeutique, peuvent justifier la prescription hors autorisation de mise sur le marché (« hors AMM »), d'autant que l'État a tous les moyens d'intervenir s'il considère qu'il existe un dysfonctionnement économique ou financier.

M. Christian Paul, rapporteur. Je sais l'attachement d'Arnaud Robinet à la loi sur le médicament de 2011. Mais nous pouvons encore améliorer ce texte, au nom du même esprit de responsabilité qui a présidé à son élaboration. Aujourd'hui, les prescriptions « hors AMM » sont possibles mais très encadrées. L'article 45 tend

à mieux distinguer l'usage légitime du « hors AMM » de son abus. En effet, certains laboratoires recourent à des pratiques commerciales douteuses, refusant de demander l'extension de leur autorisation pour des produits dont l'efficacité est avérée. Nous pourrions citer des noms si nécessaire ; je vois que Bernard Accoyer les a lui aussi à l'esprit. Des médicaments produits par les mêmes groupes sont ainsi commercialisés à des tarifs extrêmement différents. Nous proposons donc d'autoriser, dans des conditions précises qui garantiront la sécurité des patients et seront appréciées au cas par cas par l'ANSM, l'utilisation « hors AMM » de médicaments qui pourraient rendre d'immenses services à des prix significativement inférieurs à ceux qui sont pratiqués aujourd'hui.

Ce sujet mérite que nous en débattions, monsieur Robinet. Prenons garde de ne pas protéger d'instinct la loi originelle, ce qui nous empêcherait de progresser ensemble.

M. Bernard Accoyer. L'improvisation qui a conduit à proposer cet article, s'agissant de la procédure dûment encadrée d'autorisation de mise sur le marché et dans un contexte d'attention accrue à la sécurité du médicament, est dangereuse. Certes, une décision récente portant sur une maladie gravement invalidante renchérit considérablement la prise en charge des patients en secteur hospitalier, qui faisait auparavant l'objet d'un accommodement. Mais le cas du produit évoqué, qui a permis d'améliorer le traitement du cancer et s'est révélé remarquablement efficace contre une maladie dégénérative qui constitue la première cause de cécité, est tout à fait particulier. Si nous sortions du cadre spécifique dans lequel les recommandations temporaires d'utilisation étaient jusqu'à présent délivrées, nous le regretterions amèrement et nous pourrions être appelés à rendre des comptes.

Je soutiens donc l'amendement de suppression.

M. Gérard Bapt. L'article vise à résoudre un problème évoqué lors de la discussion de la loi sur le médicament. Indépendamment de l'épisode récent auquel il a été fait référence, imaginons qu'un produit devenu générique manifeste en pratique des effets bénéfiques non indiqués dans l'autorisation de mise sur le marché initiale : le laboratoire n'aura aucun intérêt à engager des études cliniques coûteuses pour obtenir l'extension de l'autorisation puisque la molécule est tombée dans le domaine public. Le plus souvent, la puissance publique ne peut non plus procéder à ces études, surtout si ne sont concernés qu'un petit nombre de patients. Voilà pourquoi le pouvoir dévolu à l'ANSM de délivrer une recommandation temporaire d'utilisation doit être étendu, ce qui suppose bien entendu une vigilance accrue.

Monsieur Accoyer, c'est depuis plusieurs années que l'indication de *l'Avastin* est contrariée par celle du *Lucentis*. Les molécules des deux produits appartiennent à la même famille ; les laboratoires *Novartis* et *Roche* en ont racheté les droits à l'entreprise qui la produisait. Cette molécule empêche la prolifération des vaisseaux, ce qui explique qu'elle puisse à la fois enrayer l'extension des cellules tumorales en « asséchant » la vascularisation et traiter la forme dite exsudative de la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA).

Si le laboratoire qui produit *l'Avastin* se refuse à demander l'autorisation de mise sur le marché, c'est en raison de circonstances économiques tout à fait particulières, contrairement à ce que laisse entendre l'exposé sommaire de l'amendement. En effet, les deux laboratoires sont liés par des intérêts commerciaux communs, l'un touchant des royalties de l'autre, et tous deux se partagent le marché mondial de cette indication, lequel représente 3 milliards de dollars et se développe rapidement avec le vieillissement de la population et les progrès du dépistage de la DMLA. Un laboratoire lié à celui qui produit le médicament, ou qui a intérêt à le commercialiser dans tel ou tel pays, ne saurait aller contre les intérêts de son partenaire ou les siens propres.

En soutenant le texte du Gouvernement, nous témoignons notre confiance à la nouvelle agence du médicament, créée par une loi dont, si je ne m'abuse, Arnaud Robinet était rapporteur, et qui réunira en fin de semaine prochaine son premier conseil d'administration.

M. Gérard Sebaoun. On sait aujourd'hui que l'un des deux médicaments, en injection, peut remplacer l'autre. Mme Touraine l'a dit avec la prudence à laquelle elle est tenue. Selon une étude menée en Grande-Bretagne, l'économie ainsi réalisée y approcherait 90 millions d'euros. La substitution se pratique couramment en Belgique, comme d'ailleurs, dans la pratique, dans notre pays. Ce problème doit être résolu. Nous ne pouvons accepter que les laboratoires entravent la poursuite d'un objectif de santé publique : le traitement de la DMLA au meilleur coût pour la société.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Contrairement à l'idée que certains cherchent à diffuser dans l'opinion publique, l'article 45 n'est pas un article de circonstance. On évoque un cas qui a fait la une des journaux, mais bien d'autres molécules sont concernées. Monsieur Robinet, dois-je rappeler une fois de plus les conclusions du rapport publié en 2008 par la Commission européenne, fondé notamment sur des perquisitions dans les sièges sociaux des laboratoires et qui mettait en évidence la stratégie des brevets « en grappe », laquelle consiste à demander des brevets à chaque stade de fabrication du produit pour éviter que celui-ci ne tombe dans le domaine public ? Je regrette que Bernard Accoyer ne soit plus là pour m'entendre.

M. Christian Paul, rapporteur. Je le répète, la décision sera appréciée au cas par cas et conformément à la doctrine de sécurité récemment publiée par l'ANSM. Il n'y a là aucune improvisation, contrairement à ce que disait l'un d'entre vous, qui a jugé le sujet suffisamment grave pour quitter la réunion !

M. Denis Jacquat. Pas de procès d'intention !

M. Jean-Pierre Door. Il avait un autre engagement !

M. Gérard Bapt, rapporteur. C'est une habitude.

M. Jean-Pierre Door. Je me souviens de membres de votre groupe qui, chaque semaine, arrivaient en réunion pour en repartir presque aussitôt !

Mme la présidente Catherine Lemorton. Mais ils ne venaient pas donner des leçons.

La Commission rejette l'amendement AS 20.

Puis elle examine l'amendement AS 252 de M. Christian Paul, rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit de préciser que les recommandations temporaires d'utilisation visant à éviter des dépenses significatives seront demandées « à titre exceptionnel ».

La Commission adopte l'amendement AS 252.

Puis elle adopte l'article 45 modifié.

e. Amendements adoptés par l'AN

1 - AMENDEMENT N°465 présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail) le 19 octobre 2012

ARTICLE 45

À la première phrase de l'alinéa 2, après la première occurrence de la référence :

« I »,

insérer les mots :

« et à titre exceptionnel, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser que les demandes de recommandations d'utilisation temporaire visant à éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie et à lutter contre les distorsions de concurrence auront lieu à titre exceptionnel. Ils s'appuieront sur des critères précis définis par l'ANSM, prenant en compte notamment la population cible, la pathologie concernée, l'écart de prix entre le médicament bénéficiant de l'autorisation de mise sur le marché dans l'indication et celui pour lequel une RTU est envisagée, et surtout l'efficacité et la sécurité du produit.

2 - AMENDEMENT N° 784 présenté par le Gouvernement le 25 octobre 2012

ARTICLE 45

À la fin de la première phrase de l'alinéa 2, substituer aux mots :

« au I »,

les mots :

« aux I à IV ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à préciser que les conditions d'encadrement de cette RTU sont totalement identiques à celle de la RTU existant actuellement, en particulier il prévoit explicitement l'information des prescripteurs, l'information des patients par les prescripteurs mais aussi un recueil d'information concernant l'efficacité, les effets indésirables et les conditions réelles d'utilisation de la spécialité dans le cadre d'une convention avec le laboratoire.

Un décret en conseil d'état précisera les modalités d'application de cet article.

f. Amendements rejetés par l'AN

1 - AMENDEMENT N°136 présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel le 18 octobre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 45

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entrainerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Par ailleurs, cet article légaliserait le principe d'une médecine à deux vitesses entre les patients qui, pour des raisons de coût, se verraient imposer par l'Assurance Maladie un traitement dont le bénéfice risque n'aurait pas été établi, et ceux qui pourraient accéder sans prise en charge collective à un traitement dont le bénéfice risque serait avéré.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM d'autant que l'État dispose, à travers le CEPS, des leviers nécessaires pour intervenir s'il considère qu'il existe un dysfonctionnement économique ou financier.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.

2 - AMENDEMENT N°85, présenté par M. Robinet, M. Darmanin, M. Daubresse, Mme Dalloz, M. Lazaro, M. Philippe Armand Martin, M. Decool, M. Morel-A-L'Huissier, Mme Fort, M. Terrot, Mme Rohfritsch, M. Straumann, M. Jacquat, Mme Poletti, M. Perrut, M. Jean-Pierre Vigier, M. Heinrich et Mme Grommerch le 18 octobre 2012 (rejeté)

ARTICLE 45

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entrainerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Par ailleurs, cet article légaliserait le principe d'une inéquité d'accès aux soins entre les patients qui, pour des raisons de coût, se verraient imposer un traitement dont le bénéfice risque n'aurait pas été établi, et ceux qui bénéficieraient d'un traitement dont le bénéfice risque serait avéré.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM d'autant que l'État dispose de tous les leviers pour intervenir s'il considère qu'il existe un dysfonctionnement économique ou financier.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.

3 - AMENDEMENT N°198 présenté par M. Accoyer le 19 octobre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 45

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article remet en cause toute la procédure d'autorisation de mise sur le marché du médicament (AMM) et crée un risque sanitaire. Cette disposition équivaut à dissuader la recherche privée et publique en France. Elle porte atteinte au droit des brevets et de la propriété intellectuelle. Sa mise en œuvre ne manquerait pas de créer une médecine à deux vitesses.

g. Compte-rendu des débats – 2^{ème} séance du vendredi 26 octobre 2012

Article 45

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun, inscrit sur l'article.

M. Gérard Sebaoun. Les recommandations temporaires d'utilisation, les RTU, ont été créées par la loi du 19 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité du médicament. L'article 45 autorisera, si nous le votons, l'Agence nationale du médicament à déroger exceptionnellement aux règles posées par cette loi afin de remédier à un risque sanitaire avéré, ou afin d'éviter des déviations ayant un impact très significatif sur les finances de l'assurance maladie.

Pour bien faire comprendre la finalité de cet article, je m'appuierai sur l'exemple de deux médicaments contenant quasiment la même molécule. À l'heure actuelle, en France, un seul médicament permettant de traiter la dégénérescence maculaire liée à l'âge, ou DMLA, a reçu une autorisation de mise sur le marché, ou AMM, et est remboursé à 100 %. Ce médicament est le Lucentis, commercialisé par le laboratoire Roche au prix unitaire de 1 109 euros. L'Avastin, un anticancéreux, est d'après les études à peu près aussi efficace que le Lucentis. Il coûterait trente à quarante fois moins cher !

Mais un problème se pose, qui nous a conduits dans une impasse. En effet, la direction générale de la santé a été obligée de rappeler qu'il est interdit de déconditionner l'Avastin pour l'utiliser comme le Lucentis dans le traitement de la DMLA. Pourtant, cela se fait déjà en Belgique : les médecins belges déconditionnent en effet l'Avastin pour en faire des injections intra-oculaires. Le Royaume-Uni a évalué les économies qui seraient réalisées en remplaçant le Lucentis par l'Avastin à environ 80 millions d'euros par an. Quand on sait que 300 000 personnes en France sont touchées par la DMLA – certes pas toutes de la même manière – on comprend que l'utilisation de cette nouvelle molécule, si elle avait une AMM, serait très intéressante.

Mme la ministre a donc demandé une extension d'AMM pour l'Avastin au laboratoire Genetech, filiale des laboratoires Roche. Le problème est que le laboratoire Genetech n'a aucun intérêt stratégique à renoncer à son extraordinaire rente de situation, et donc aucun intérêt non plus à demander cette extension.

Ce genre de situation me semble justifier que l'on légifère.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat, pour soutenir l'amendement n° 85.

M. Denis Jacquat. Cet amendement de suppression est défendu.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. La commission a émis un avis défavorable pour les mêmes raisons que celles que Gérard Sebaoun a évoquées à l'instant. Nous sommes confrontés, il est vrai, à des pratiques commerciales inacceptables. Ces refus d'extension d'AMM pour des produits dont l'efficacité est avérée et dont le coût pour les patients est réduit posent un vrai problème. Et cet article n'est donc pas du tout de circonstance.

Les pratiques d'usage hors AMM doivent être strictement encadrées. Les critères pris en compte par l'Agence nationale de sécurité du médicament pour délivrer ses autorisations seront appréciés au cas par cas dans le cadre d'une doctrine extrêmement stricte, que l'ANSM a d'ailleurs récemment publiée. Ces décisions ne sont pas prises au hasard.

Je vous propose donc, monsieur Jacquat, de retirer cet amendement. À défaut, la commission confirme son avis défavorable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. L'avis du Gouvernement est également défavorable. Il faut apporter une réponse à cette situation. Il y a, au fond, un vide juridique. La loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament avait pris, suite au scandale du Mediator, des mesures de précaution très fortes, que nous avons d'ailleurs soutenues alors que nous étions dans l'opposition. Ces mesures ont abouti à interdire l'utilisation d'un médicament dans un but thérapeutique autre que celui prévu par son autorisation de mise sur le marché. Une autre règle s'applique par ailleurs : s'il existe sur le marché un médicament destiné à lutter contre une pathologie, les pouvoirs publics n'ont pas la faculté de demander ni, à plus forte raison, d'imposer la mise sur le marché d'un autre médicament luttant contre la même pathologie au seul motif qu'il serait beaucoup moins cher.

Telle est la situation dans laquelle nous nous retrouvons, et qui est d'ailleurs largement dénoncée par des voix unanimes. Certains s'étonnent que le Gouvernement n'agisse pas. Mais le Gouvernement est tenu au respect

du cadre juridique en vigueur. Or ce cadre juridique lui interdit d'imposer l'utilisation d'un médicament moins cher. Tout le monde sait que nous parlons du Lucentis et de l'Avastin. Les pouvoirs publics n'ont pas les moyens d'imposer la mise sur le marché de l'Avastin alors qu'il est beaucoup moins cher. Nous avons même l'obligation de demander son retrait pour l'utilisation secondaire, dérivée, pour laquelle il était utilisé, c'est-à-dire contre la DMLA.

C'est la raison pour laquelle nous proposons cet article, qui doit nous permettre de faire face à des situations de ce type. Des amendements seront présentés, dont un par le Gouvernement, visant à le compléter afin de garantir la sécurité de l'information des patients et des prescripteurs. Nous voulons ainsi garantir, au fond, que cette recommandation temporaire d'utilisation soit élaborée dans les mêmes conditions qu'une RTU classique. Il ne s'agit pas de mettre en place un dispositif d'exception, mais d'étendre le dispositif de RTU existant à des situations dans lesquelles existe, pour une pathologie donnée, un médicament. Je regrette que le laboratoire en question n'ait pas de lui-même, comme je l'y avais invité, proposé une diminution significative du prix de son médicament. Il avait commencé à le faire dans d'autres pays, mais pas suffisamment.

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy.

Mme Geneviève Levy. Cette disposition dérogatoire soulève de multiples questions. Elle revient à nier le principe même de la procédure d'AMM des médicaments, qui est fondée sur la réalisation d'études scientifiques poussées soumises à l'analyse d'experts. Le respect de cet objectif d'analyse par des experts requiert que l'on ne puisse pas déroger à la nécessité d'une AMM, y compris en raison de considérations d'ordre strictement médical.

Cet article aura pour conséquence de dissuader les laboratoires pharmaceutiques de réaliser des investissements de recherche et développement en France aux fins d'obtenir une AMM. Elle porte par ailleurs atteinte au droit des brevets et au droit de la propriété intellectuelle. Cette proposition est d'autant moins justifiée qu'il existe d'autres mécanismes économiques permettant de sanctionner les dérives éventuelles, notamment par le biais du Comité économique des produits de santé.

M. le président. La parole est à M. Bruno Le Maire.

M. Bruno Le Maire. Mon intervention a pour objet de poser deux questions à Mme la ministre de la santé et à M. le rapporteur sur la substitution des médicaments génériques aux médicaments de marque.

M. Christian Paul, rapporteur. Ce n'est pas le sujet !

M. Bruno Le Maire. Ma première question porte sur l'efficacité curative de ces médicaments. Je sais qu'elle risque d'être évoquée par la suite : c'est pourquoi je l'aborde maintenant de manière très générale.

Ma deuxième question porte sur l'impact de ces substitutions en termes d'emplois. Sommes-nous sûrs que les médicaments génériques qui se substitueront aux médicaments de marque seront bien produits en France, par des salariés français, dans des entreprises françaises ?

Cela me préoccupe d'autant plus que, dans ma circonscription – je le dis pour être totalement transparent –, une grande entreprise du secteur pharmaceutique emploie plus de 1 300 personnes. Cette entreprise, GlaxoSmithKline, ou GSK, fabrique des médicaments comme le Bécotide ou le Sérétide. Substituer à ces médicaments produits en France des médicaments génériques produits en Inde ou dans d'autres pays pose des questions très sérieuses en matière d'emploi.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Cet article mérite que nous nous y arrêtions le temps qu'il faudra.

Madame la ministre, je ne doute pas un instant qu'en tant que ministre de la santé, la seule préoccupation qui vaille pour vous, prioritairement à toutes les autres, est celle de la sécurité des médicaments et des soins. Or j'ai le sentiment que cet article, dont vous venez d'expliquer pourquoi il est inclus dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, représente en réalité un danger majeur. Ce nonobstant qu'il est un cavalier législatif, puisqu'il a trait à la politique du médicament, sur laquelle nous avons déjà légiféré. Il faudra certainement le faire à nouveau.

Cet article est par ailleurs inconstitutionnel. En effet, il revient à placer les patients souffrant de DMLA – maladie qui est la première cause de cécité acquise en France et dans le monde – et qui bénéficient des traitements auxquels vous avez fait allusion dans une situation d'inégalité des chances vis-à-vis de la réussite du traitement, et surtout vis-à-vis de la sécurité des soins.

Chacun le sait, en tout cas nous avons été alertés. Les agences de sécurité ont, dans le monde, et en particulier aux États-Unis, fait valoir que les risques encourus n'étaient pas les mêmes selon que l'on utilisait indifféremment l'un ou l'autre des deux produits dont vous avez cité les noms commerciaux en oncologie et en ophtalmologie. Ce n'est pas le même produit. Ce n'est pas la même molécule. La molécule utilisée en

cancérologie, comme antiangiogénèse, est beaucoup plus lourde et beaucoup plus longue et n'a pas les mêmes conséquences. Lorsqu'elle est directement injectée dans le vitré, elle entre immédiatement en contact avec les liquides biologiques et elle entraîne, hélas, un nombre statistiquement beaucoup plus élevé de complications parmi les plus graves. J'entends souvent évoquer, dans cet hémicycle, le principe de précaution. Je crois qu'il peut s'appliquer ici.

Plus sérieusement, avec cet article, vous remettez en cause toute la politique conduite autour de la procédure de RTU, toute la politique construite autour du médicament...

M. le président. Je vous remercie de conclure.

M. Bernard Accoyer. ...la politique conventionnelle du médicament, la sécurité du médicament, la recherche des laboratoires en France. Au-delà de ce que je comprends être la conséquence d'une situation devant laquelle vous avez été placée et pour laquelle vous avez voulu arbitrer en fonction du prix, et ce au détriment du médicament, je vous appelle, madame la ministre, à reconsidérer le maintien de cet article dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. le président. Monsieur Accoyer, vous connaissez le règlement...

M. Bernard Accoyer. Si vous ne le faites pas, je le dis avec gravité, c'est une question de responsabilité qui se poserait. Comme nous tous, vous devez y penser !

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. J'entends très bien, monsieur Accoyer, ce que vous venez de dire. Toutefois, de nombreuses études américaines montrent que l'efficacité des deux produits est identique.

M. Bernard Accoyer. Le problème, ce sont les complications !

M. Gérard Sebaoun. Ce qui pose problème, et là je vous rejoindrai, c'est le déconditionnement et le reconditionnement de l'Avastin pour en faire du Lucentis.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas la même molécule !

M. Gérard Sebaoun. La difficulté est qu'un laboratoire refuse, profitant de règles de mise sur le marché qui lui rapportent une petite fortune, d'utiliser cette molécule très proche, mais je n'entrerai pas dans les aspects techniques, et de la conditionner pour l'utiliser dans des injections pouvant bénéficier à des centaines de milliers de patients dans le monde. Telle est la réalité. Vous vous retranchez derrière des arguments qu'utilise Roche qui ne veut pas bouger sur ce sujet.

M. Bernard Accoyer. Monsieur le président, je ne peux pas accepter cela !

M. le président. Vous ne l'acceptez peut-être pas, mais vous n'avez pas la parole !

M. Bernard Accoyer. Fait personnel ! C'est incroyable, dès que l'on dit quelque chose, on est suspect !

M. Gérard Sebaoun. Il y a des études différentes qui vous donnent tort !

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Un peu de sérénité ne nuirait pas à l'intérêt de ce débat majeur.

M. Bernard Accoyer. Oui, majeur pour vous, madame !

Mme Marisol Touraine, ministre. L'outrance dont vous avez fait preuve, monsieur Accoyer, ne grandit pas ce débat !

Je donnerai des réponses précises aux questions que m'a posées M. Le Maire sur un ton calme et mesuré comme il convient à un sujet de cette importance. Ce n'est pas moi qui vais donner l'autorisation. Il s'agit simplement, dans le cadre de ce projet de loi, de poser un principe. Il reviendra, ensuite, à l'Agence nationale de la sécurité du médicament, laquelle donne l'autorisation de mise sur le marché, de donner aussi la recommandation temporaire d'utilisation, la RTU. Les médicaments dont nous venons de parler ont fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché. Toute la procédure de sécurité a donc été suivie. Le principe dont nous discutons n'a pas à vocation à s'appliquer uniquement à ces médicaments, il pourra, peut-être, demain, s'appliquer à d'autres. Nous devons évidemment élargir le débat et ne pas nous en tenir au Lucentis et l'Avastin. Je rappellerai que le médicament qui ne peut plus être utilisé dans le domaine ophtalmologique l'a été à cette fin pendant des années. On ne peut donc pas dire que l'on ne connaissait pas son fonctionnement et que l'on manquait de recul. Cette décision est la conséquence de la « loi médicament » votée sous le précédent gouvernement. Il a alors été considéré que l'indication thérapeutique première de la mise sur le marché l'emportait. Ce médicament n'a alors plus été remboursé par la sécurité sociale et les établissements de santé ont, par conséquent, arrêté de le prescrire.

Par ailleurs, de façon générale et au-delà de ce médicament, la RTU s'appuie sur une analyse bénéfice-risque menée par l'ANSM. Un médicament peut être produit en France ou en Europe, selon le laboratoire, et il peut

avoir, dans de nombreux cas, des composants qui viennent d'ailleurs. Tous les médicaments ne sont donc pas produits en France, monsieur Le Maire, et la RTU n'est pas liée à l'origine de la fabrication. Ce dispositif est encadré. Il est, comme son nom l'indique, temporaire. Il ne peut être utilisé, et ce sera l'objet d'un amendement, qu'à titre exceptionnel, parce qu'il s'agit, bien évidemment, de ne pas faire perdre à la RTU son caractère très spécifique par rapport à l'autorisation de mise sur le marché. L'enjeu thérapeutique est évidemment toujours dominant. C'est parce qu'un médicament présente un intérêt thérapeutique que l'on recourt à la RTU.

M. Bernard Accoyer. Vous mettez l'intérêt économique avant !

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Il y a aussi un intérêt économique. Cette disposition a, en effet, un impact sur l'équilibre des finances de la Sécurité sociale. C'est bien la raison pour laquelle, et contrairement à ce que vous avez dit, elle n'est pas un cavalier et a toute sa place dans le projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

M. Bernard Accoyer. Non, parce que le médicament prévaut !

(L'amendement n° 85 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission des affaires sociales.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Nous sommes tous soucieux, je le rappelle ici, de la sécurité du médicament. D'ailleurs, monsieur Le Maire, je rappellerai les propos que vous avez tenus, le 22 septembre 2011, devant l'assemblée générale des buralistes. Le groupe socialiste, qui s'était ému de vos propos, avait alors posé une question d'actualité. Vous aviez, en effet, envisagé de mettre en vente les médicaments d'usage courant chez les buralistes, ce qui avait créé de l'émotion chez les pharmaciens.

M. Bruno Le Maire. Je ne vois pas le rapport avec ma question !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. C'est pour vous dire que, lorsque l'on parle de sécurité du médicament, envisager de vendre des médicaments à côté des paquets de cigarettes est tout de même « limite » ! Je le dis sans animosité puisque M. Bertrand vous a, à l'époque, donné tort, et est intervenu pour préciser que le médicament resterait évidemment dans le circuit habituel.

La question que vous avez posée n'entre pas dans le champ de l'article en discussion, qui concerne la RTU et non les médicaments génériques. Nous allons en débattre dans quelques instants.

M. Bruno Le Maire. Je crois l'avoir dit au début de mon intervention !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. C'était juste pour vous donner le fil conducteur de ce texte, et vous avez bien tenu les propos que j'ai rappelés.

M. Bruno Le Maire. Je ne vois pas le rapport entre les buralistes et la question que j'ai posée ! Vous m'avez attaqué inutilement !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 465.

M. Christian Paul, *rapporteur*. Monsieur Le Maire, la présidente de la commission ne vous a pas attaqué, elle a fait allusion à une déclaration qui a provoqué quelque émoi.

M. Bruno Le Maire. Cela n'a rien à voir !

M. Bernard Accoyer. Parlons du sujet !

M. le président. Mes chers collègues, nous avons travaillé ce matin dans une ambiance assez sereine, avec les divergences que nous pouvons avoir mais qui font partie du débat. Je propose à chacun de faire en sorte d'apaiser ce débat et de prendre la parole à son tour.

Veillez poursuivre, monsieur le rapporteur.

M. Christian Paul, *rapporteur*. Je n'ai absolument pas envie de provoquer des interventions de votre part, monsieur Le Maire, mais il se trouve que l'article dont nous parlons n'a rien à voir avec les génériques et encore moins avec la question, au demeurant légitime, que vous souhaitez évoquer et dont nous discuterons ultérieurement. Vous avez eu la franchise d'indiquer qu'elle avait un fait générateur très local, ce que je ne mets pas en cause, car tel n'est pas mon rôle.

L'amendement n° 465 de la commission des affaires sociales sera peut-être de nature à apaiser les inquiétudes de ceux qui examinent sincèrement et loyalement l'article 45. Il prévoit que les recommandations temporaires d'utilisation seront délivrées à « titre exceptionnel ». Ce PLFSS comporte de nombreuses révolutions et de grandes avancées, mais ce n'est pas, ici, un changement radical de la politique de mise sur le marché des médicaments. Il s'agit simplement d'une adaptation essentielle de notre droit, qui permet effectivement de

prendre en compte des réalités avant tout commerciales. Cela devrait pousser chacun à s'interroger sérieusement sur l'éthique.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Avis favorable.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Monsieur le président, il est de plus en plus insupportable de ne pas pouvoir aborder certains sujets sans être immédiatement suspecté d'être dans le cercle d'influence de je ne sais quel lobby !

M. Gérard Sebaoun. Ce n'est pas ce que j'ai dit ! J'ai dit que vous aviez repris les arguments de Roche !

M. Bernard Accoyer. Ici, la parole est libre et nous pouvons parler de tout !

Nous savons qu'il y a des amendements rédactionnels ou de cohérence. Mais il s'agit là d'un amendement de rétropédalage ! Vous avez bien compris que la démarche sous-tendue par l'article 45 était éminemment dangereuse.

M. Christian Paul, rapporteur. Elle sera exceptionnelle !

M. Bernard Accoyer. Vous essayez d'en limiter les conséquences, particulièrement devant le juge constitutionnel. Peut-être serez-vous, un jour, amenés à faire de même devant une autre juridiction. Je maintiens, en effet, les propos que Mme la ministre a jugés excessifs, et je dis solennellement que l'on n'a pas le droit de jouer avec la sécurité médicamenteuse ! On n'a pas le droit de remettre ainsi en cause des années et des années d'une politique de sécurité du médicament – dont les AMM, le dispositif RTU, la priorité de la sécurité par rapport aux équilibres financiers – au détour d'un amendement présenté lors de la discussion d'un PLFSS !

Si une telle évolution devait se produire, elle devrait être l'objet d'un très long débat. En effet, peut-être serons-nous un jour, nous, parlementaires, contraints d'arbitrer, hélas, entre l'intérêt économique de l'assurance maladie et celui du malade. C'est, en réalité, le fond même de l'article 45. Voilà pourquoi cet amendement, qui tente d'atténuer votre responsabilité, n'a pas lieu d'être.

(L'amendement n° 465 est adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 784.

Mme Marisol Touraine, ministre. C'est l'amendement que j'ai annoncé. Il s'agit de sécuriser à la fois les patients et les prescripteurs en prévoyant une procédure d'information des patients par leurs médecins et des prescripteurs par une mise à disposition adaptée.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. Favorable à titre personnel puisque l'amendement n'a pas été examiné en commission.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Cet amendement montre bien, madame la ministre, que vous êtes parfaitement consciente qu'il peut y avoir des effets secondaires graves. Je vous conseille de demander à vos collaborateurs d'aller regarder ce qui a été publié – c'est d'ailleurs accessible sur internet – au sujet des conséquences d'une confusion dans l'utilisations de deux molécules en oncologie et en ophtalmologie. Cet amendement ne diminue en rien votre responsabilité.

(L'amendement n° 784 est adopté.)

(L'article 45, amendé, est adopté.)

2. Sénat

a. Projet de loi

- **Article 45**

I. - L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est complété par un V ainsi rédigé :

« V. - 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. »

II. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, la référence : « à l'article L. 5121-12-1 » est remplacée par la référence : « au I de l'article L. 5121-12-1 » ;

2° Après l'article L. 162-17-2-1, il est inséré un article L. 162-17-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-2-2.* - Les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, être inscrites, au titre de cette recommandation temporaire d'utilisation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du présent code.

« Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application du premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

« À défaut :

« 1° Le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le Comité économique des produits de santé, par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité, en tenant compte principalement des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;

« 2° Le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les listes mentionnées au premier alinéa et à la fixation de son prix et du taux de participation de l'assuré. »

b. **Rapport n° 107 Tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy - Examen des articles, déposé le 7 novembre 2012**

Article 45 (art. L. 5121-12-1 du code de la santé publique ; art. L. 162-17-2-1 et L. 162-17-2-2 [nouveau] du code de la sécurité sociale) - Elargissement de la recommandation temporaire d'utilisation

Objet : Cet article vise à contourner certaines stratégies commerciales d'entreprises pharmaceutiques, en élargissant la possibilité de recourir à des recommandations temporaires d'utilisation (RTU).

I - Le dispositif proposé

? De l'AMM à la RTU

Pour être commercialisé, tout médicament fabriqué industriellement doit faire l'objet d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) délivrée par les autorités compétentes européennes ou nationales que sont l'Agence européenne d'évaluation des médicaments (EMA) ou, en France, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). Pour chaque nouveau médicament, l'agence concernée examine notamment la revendication thérapeutique, les propositions d'indications de traitement et les posologies recommandées.

L'AMM est en particulier accompagnée du résumé des caractéristiques du produit (RCP) qui précise notamment : la dénomination du médicament, la composition qualitative et quantitative, la forme pharmaceutique, les données cliniques... Parmi ces données cliniques figurent par exemple les indications thérapeutiques, la posologie et le mode d'administration, les contre-indications, les mises en garde spéciales et précautions d'emploi ou les interactions avec d'autres médicaments.

Adoptée à la suite de l'affaire du Mediator, la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé^{56(*)} a notamment eu pour objet de sécuriser les prescriptions médicales faites « hors AMM », c'est-à-dire pour une visée thérapeutique différente de celle prévue dans l'AMM.

Ainsi, l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique prévoit qu'une spécialité pharmaceutique peut faire l'objet d'une prescription non conforme à son autorisation de mise sur le marché **en l'absence d'alternative médicamenteuse appropriée** et sous réserve :

- que l'indication ou les conditions d'utilisation aient fait l'objet d'une **recommandation temporaire d'utilisation (RTU)** établie par l'ANSM ;
- ou que le prescripteur juge indispensable, au regard des données acquises de la science, le recours à cette spécialité pour améliorer ou stabiliser l'état clinique du patient.

Les RTU peuvent s'appliquer à tous les médicaments ayant une AMM en France, elles sont temporaires et ne peuvent excéder trois ans. Elles peuvent porter sur une indication ou des conditions différentes de celles de l'AMM.

L'initiative d'engager la procédure d'élaboration d'une RTU relève de la compétence exclusive de l'ANSM qui peut s'autosaisir ou recevoir des signalements. Pour décider d'engager une telle procédure, l'Agence prend en considération plusieurs critères comme le niveau des preuves scientifiques d'efficacité, le caractère innovant et le profil de sécurité du médicament, le pronostic et la fréquence de la maladie ainsi que l'existence d'essais cliniques dans l'indication concernée.

? L'élargissement de la possibilité d'attribuer une RTU

Certains laboratoires pharmaceutiques ne commercialisent un produit que pour une indication alors que des études ont pu montrer qu'il avait aussi une valeur thérapeutique pour une autre indication. Cette stratégie peut dépendre de différents facteurs, principalement de nature économique.

Il peut donc exister une alternative thérapeutique à un médicament sans qu'elle soit pour autant reconnue dans l'AMM, car celle-ci ne peut être attribuée ou modifiée qu'à la demande de l'entreprise.

Le présent article entend lutter contre ces stratégies en élargissant la possibilité pour l'ANSM d'attribuer une RTU.

Le **paragraphe I** ajoute en conséquence à l'article L. 5121-12-1 précité un alinéa disposant qu'à titre dérogatoire, **en présence d'alternative thérapeutique**, l'ANSM pourra attribuer une RTU, à la stricte condition de répondre à l'un ou l'autre des **deux objectifs suivants** :

- soit remédier à un risque avéré pour la **santé publique** ;
- soit éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les **finances de l'assurance maladie**.

? Le remboursement par l'assurance maladie des médicaments en RTU

L'article L. 162-17-2-1 du code de la sécurité sociale organise les modalités du remboursement des médicaments en RTU, mais il est nécessaire de prévoir des règles spécifiques pour ceux concernés par la

nouvelle procédure dérogatoire car les premiers ne disposent pas d'équivalent thérapeutique, donc de référence, contrairement aux seconds.

Le 1° du **paragraphe II** limite donc l'article L. 162-17-2-1 aux RTU « de droit commun ».

Le 2° fixe les règles de remboursement des RTU dérogatoires. A l'initiative des ministres en charge de la santé et de la sécurité sociale et après avis de la commission de transparence, les médicaments concernés pourront être inscrits au remboursement de l'assurance maladie.

Un médicament bénéficiant déjà d'une indication remboursable sera pris en charge dans les mêmes conditions pour sa nouvelle indication.

Pour les autres médicaments concernés, la méthode se rapproche de la procédure classique : le Ceps fixe le prix et l'Uncam fixe le taux de remboursement.

Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions d'application de ce dispositif.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a ajouté que la nouvelle procédure s'entendait « *à titre exceptionnel* ».

III - La position de votre rapporteur

Selon la directive communautaire idoine^{57(*)}, aucun médicament ne peut être mis sur le marché d'un Etat membre sans qu'une autorisation de mise sur le marché n'ait été délivrée par l'autorité compétente. Lorsqu'un médicament a obtenu une première autorisation, tout dosage, forme pharmaceutique, voie d'administration et présentation supplémentaires, ainsi que toute modification et extension, doivent également obtenir une autorisation ou être inclus dans l'autorisation initiale.

Toutefois, les Etats membres peuvent autoriser temporairement la distribution d'un médicament non autorisé en réponse à la propagation suspectée ou confirmée d'agents pathogènes, de toxines, d'agents chimiques ou de radiations nucléaires, qui sont susceptibles de causer des dommages.

En outre, un Etat membre peut, en vue de répondre à des besoins spéciaux, exclure des dispositions de la directive les médicaments fournis pour répondre à une commande loyale et non sollicitée, élaborés conformément aux spécifications d'un professionnel de santé agréé et destinés à ses malades particuliers sous sa responsabilité personnelle directe. A cet égard, la Cour de justice de l'Union européenne a estimé que cette dérogation « *ne peut concerner que des situations dans lesquelles le médecin estime que l'état de santé de ses patients particuliers requiert l'administration d'un médicament dont il n'existe pas d'équivalent thérapeutique sur le marché national ou qui se trouve indisponible sur ce marché* ». Elle ajoute que « *des considérations financières ne sauraient, à elles seules, conduire à reconnaître l'existence de tels besoins spéciaux susceptibles de justifier l'application de la dérogation* ». **Dans cet arrêt du 29 mars 2012^{58(*)}, la Cour conclut en indiquant que cette disposition « ne saurait être invoquée pour justifier une dérogation à l'exigence d'une AMM motivée par des raisons de nature financière ».**

Ainsi, hors les cas de certains médicaments particuliers, **les deux dérogations possibles à la nécessité de disposer d'une AMM pour distribuer un médicament sont basées sur des intérêts de santé publique.**

Dans ce contexte, s'il comprend l'objectif poursuivi en étendant le dispositif de la RTU, votre rapporteur estime que celle-ci ne peut qu'être un outil dans les mains du comité économique des produits de santé pour peser dans les négociations avec les laboratoires concernés.

Selon les informations recueillies, seuls de très rares cas posent problème. Lors des débats en commission à l'Assemblée nationale, Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et les équilibres généraux, citait le cas de l'**Avastin** et du **Lucentis** : selon son AMM, le premier est employé dans le traitement de certains cancers, notamment digestifs, mais en pratique, il est aussi utilisé en ophtalmologie, et donc hors AMM, pour traiter la dégénérescence maculaire liée à l'âge (DMLA), qui constitue la cause la plus fréquente de cécité dans les pays industrialisés après cinquante-cinq ans et qui est due au vieillissement de la « macula », partie centrale de la rétine. L'**Avastin** est en effet une molécule proche de celle du **Lucentis**, ces deux médicaments s'attaquant à la croissance des vaisseaux sanguins. Or, le premier revient à environ 50 euros la dose contre 800 euros pour le second ! Dans ce cas, il serait logique d'étendre l'AMM de l'**Avastin**, selon les études cliniques pertinentes, et de réduire le prix du **Lucentis**. Malheureusement, pour des raisons largement économiques, le laboratoire qui

commercialise l'*Avastin* ne souhaite pas en étendre l'AMM : en début d'année 2012, il a même attaqué en justice la décision des autorités de santé publique du Sud de l'Angleterre de laisser aux ophtalmologistes le choix entre l'*Avastin* ou le *Lucentis*, pour traiter les patients atteints d'une DMLA de forme exsudative.

Il serait dommageable pour le système de santé et la prise en charge des patients que l'ensemble de la recommandation temporaire d'utilisation, mécanisme récent et novateur que plusieurs pays regardent avec attention et intérêt⁵⁹⁽²⁾, soit « pris en otage » par le problème particulier, certes important, de l'*Avastin* et du *Lucentis*, et qu'elle en pâtisse par ricochet.

Au-delà de la résolution éventuelle de ce problème conjoncturel, **la nouvelle procédure dérogatoire, si elle n'est basée que sur un critère financier, soulève en effet des questions** en termes de propriété intellectuelle et de droit des brevets et marques, mais surtout, on l'a vu, **de compatibilité avec le droit communautaire**. Qui plus est, l'affichage d'un objectif strictement financier (« *éviter des dépenses ayant un impact significatif sur les finances de l'assurance maladie* »), sans qu'il soit d'ailleurs particulièrement précis, est malencontreux car l'autorisation de mise sur le marché, ainsi que la fixation du prix et du taux de remboursement d'un médicament devraient d'abord dépendre de son intérêt pour la santé publique.

Au total, dans l'objectif d'adopter un mécanisme efficace et conforme au droit communautaire et de préserver l'intérêt réel de la RTU, votre rapporteur a proposé à la commission de supprimer la phrase de l'alinéa 2 qui fixe comme objectif soit la santé publique, soit les finances de l'assurance maladie. Elle a adopté cet **amendement**.

Le rapporteur vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

c. **Compte-rendu des débats –**

Rejet du texte par le Sénat

B. Commission mixte paritaire : désaccord

- a. **Rapport déposé le 20 novembre 2012 par M. Gérard Bapt rapporteur, mis en ligne le 22 novembre 2012 à 17 heures 40, sous le n° 421 à l'Assemblée nationale et par M. Yves Daudigny rapporteur, sous le n° 137 au Sénat**

La commission mixte paritaire constate qu'elle ne peut parvenir à élaborer un texte commun sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Amendements rejetés par la Commission

1 - Amendement n°28 AS présenté par Arnaud Robinet (rejeté)

ARTICLE 45

Supprimer cet article

EXPOSE SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entrainerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM. D'ailleurs, le droit communautaire ne prévoit des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 vient encore de le rappeler.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.

2 - Amendement n° 63AS présenté par M. Dominique Tian (rejeté)

ARTICLE 45

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entrainerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM. D'ailleurs, le droit communautaire ne prévoit des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 vient encore de le rappeler.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.

3 - Amendement n°25 AS, présenté par Arnaud Robinet (rejeté)

ARTICLE 45

Supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2

EXPOSE SOMMAIRE

Il s'agit de reprendre un amendement proposé par le rapporteur général du Sénat Yves Daudigny (n°29).

Ce dernier a rappelé tout d'abord dans son exposé des motifs que l'article 45 du projet de loi de financement ouvre la possibilité à l'Agence de sécurité du médicament d'adopter une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour un médicament, y compris en présence d'une alternative thérapeutique. Il s'agit d'une procédure dérogatoire et exceptionnelle.

Il soulignait ensuite que la seconde phrase de l'alinéa 2, qu'il est proposé de supprimer, indique qu'une telle RTU 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.

Et il en concluait que « cette phrase ne semble pas particulièrement utile ; elle apporte plutôt du trouble en laissant penser qu'un médicament pourrait être indiqué dans une thérapie uniquement pour des raisons financières pour l'assurance maladie ».

Enfin, il notait « Surtout, attribuer une RTU pour de seules raisons financières pourrait être incompatible avec le droit communautaire, la directive sur le médicament ne prévoyant des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 va clairement dans ce sens ».

4 - Amendement n° 64 AS présenté par Dominique Tian (rejeté)

ARTICLE 45

Supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit de reprendre un amendement proposé par le rapporteur général du Sénat Yves Daudigny (n°29).

Ce dernier a rappelé tout d'abord dans son exposé des motifs que l'article 45 du projet de loi de financement ouvre la possibilité à l'Agence de sécurité du médicament d'adopter une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour un médicament, y compris en présence d'une alternative thérapeutique. Il s'agit d'une procédure dérogatoire et exceptionnelle.

Il soulignait ensuite que la seconde phrase de l'alinéa 2, qu'il est proposé de supprimer, indique qu'une telle RTU 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.

Et il en concluait que « *cette phrase ne semble pas particulièrement utile ; elle apporte plutôt du trouble en laissant penser qu'un médicament pourrait être indiqué dans une thérapie uniquement pour des raisons financières pour l'assurance maladie* ».

Enfin, il notait « *Surtout, attribuer une RTU pour de seules raisons financières pourrait être incompatible avec le droit communautaire, la directive sur le médicament ne prévoyant des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 va clairement dans ce sens* ».

- b. Rapport 430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt (recettes et équilibre général), Christian Paul (assurance maladie et accidents du travail), Mme Martine Pinville (médico-social), M. Michel Issindou (assurance vieillesse) et Mme Geneviève Levy (famille)**

Article 45

(art. L. 5121-12-1, L. 162-17-2-1 et L. 162-17-2-2 [nouveau] du code de la santé publique) Recommandations temporaires d'utilisation et prise en charge de médicaments pour lesquels il existe des alternatives thérapeutiques

Le présent article vise à étendre la possibilité d'élaborer, à titre exceptionnel, une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour une spécialité pharmaceutique à des cas où il existe une alternative thérapeutique dans cette indication. Il précise en outre les conditions de remboursement des patients traités au moyen de ces spécialités.

En première lecture, un amendement adopté à l'initiative de votre rapporteur, est venu préciser que les recommandations temporaires d'utilisation visant à éviter des dépenses significatives seront demandées « *à titre exceptionnel* ».

*

La Commission examine les amendements de suppression identiques AS 28 de M. Arnaud Robinet et AS 63 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. Nous avons déjà indiqué en première lecture pourquoi il fallait supprimer cet article.

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable.

La Commission rejette les amendements AS 28 et AS 63.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS 25 de M. Arnaud Robinet et AS 64 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. Dans notre souci de dépasser le clivage entre droite et gauche, cet amendement reprend ce qu'a proposé le rapporteur général au Sénat, M. Yves Daudigny. Ce dernier a insisté sur le fait que l'article 45 devrait rester exceptionnel et dégagé de considérations strictement financières.

M. Dominique Tian. Je précise que M. Yves Daudigny est membre de la majorité qui soutient le Gouvernement, ce qui prouve notre grande ouverture d'esprit !

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable. Nous sommes généralement en phase avec les propositions du rapporteur général du Sénat. Mais sur ce point précis, nous estimons que supprimer la deuxième phrase de l'alinéa 2 de l'article 45 viderait celui-ci de sa substance.

La Commission rejette les amendements AS 25 et AS 64.

Puis elle adopte l'article 45 sans modification.

c. Amendements rejetés par l'AN

1 - AMENDEMENT N°142 présenté par M. Tian le 22 novembre 2012 (rejeté)

ARTICLE 45

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entrainerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM. D'ailleurs, le droit communautaire ne prévoit des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 vient encore de le rappeler.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.

2 - AMENDEMENT N°167 présenté par M. Accoyer le 22 novembre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 45

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entrainerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM. D'ailleurs, le droit communautaire ne prévoit des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 vient encore de le rappeler.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.

3 - AMENDEMENT N°43 présenté par M. Robinet, M. Jacquat, M. Straumann, M. Decool, Mme Fort, Mme Dalloz, M. Fasquelle, M. Gandolfi-Scheit, Mme Grommerch, M. Reiss, M. Mathis et M. Jean-Pierre Vigier le 22 novembre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 45

Supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit de reprendre un amendement proposé par le rapporteur général du Sénat Yves Daudigny (n°29).

Ce dernier a rappelé tout d'abord dans son exposé des motifs que l'article 45 du projet de loi de financement ouvre la possibilité à l'Agence de sécurité du médicament d'adopter une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour un médicament, y compris en présence d'une alternative thérapeutique. Il s'agit d'une procédure dérogatoire et exceptionnelle.

Il soulignait ensuite que la seconde phrase de l'alinéa 2, qu'il est proposé de supprimer, indique qu'une telle RTU 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.

Et il en concluait que « cette phrase ne semble pas particulièrement utile ; elle apporte plutôt du trouble en laissant penser qu'un médicament pourrait être indiqué dans une thérapie uniquement pour des raisons financières pour l'assurance maladie ».

Enfin, il notait « Surtout, attribuer une RTU pour de seules raisons financières pourrait être incompatible avec le droit communautaire, la directive sur le médicament ne prévoyant des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 va clairement dans ce sens ».

4 - AMENDEMENT N°42 présenté par M. Robinet, M. Gandolfi-Scheit, M. Fasquelle, Mme Dalloz, Mme Fort, M. Decool, M. Straumann, M. Jacquat, M. Jean-Pierre Vigier, M. Mathis, M. Reiss et Mme Grommerch le 22 novembre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 45

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les recommandations temporaires d'utilisation (RTU) ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer, dans un souci de sécurité sanitaire, une absence d'alternative médicamenteuse.

Le présent article autorise l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une AMM dans l'indication concernée.

Cet article dévoie la nature des RTU, en en faisant un instrument à finalité économique puisque l'ANSM serait fondée à élaborer une RTU, pour faire face à des « dépenses injustifiées pour l'assurance maladie ». Cette mesure remettrait en cause le principe même de la procédure d'Autorisation de Mise sur le Marché du médicament (AMM), fondé sur la réalisation d'études scientifiques réalisées selon des exigences précises, strictement encadrées par la loi et évaluées par les autorités sanitaires au niveau européen ou national, nécessaires à la démonstration de l'efficacité de la qualité et de la sécurité des produits.

Cette disposition entrainerait en outre une rupture de concurrence entre les entreprises concernées, puisque celles qui auront engagé des dépenses en vue de l'obtention d'une AMM pour un produit ou une indication se

retrouveraient pénalisées et concurrencées, via des RTU octroyées par des produits /indications similaires pour lesquels aucune AMM n'aura été demandée et donc pour lesquels il n'y aura pas eu de dépenses de R & D. Il s'agit d'une désincitation à la recherche et au développement de nouvelles indications en vue de l'obtention de l'AMM.

Seules des préoccupations de santé publique en l'absence d'alternative thérapeutique peuvent justifier la prescription hors AMM. D'ailleurs, le droit communautaire ne prévoit des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 vient encore de le rappeler.

Telles sont les raisons pour lesquelles, le présent amendement vise à supprimer cet article.

5 - AMENDEMENT N°143 présenté par M. Tian le 22 novembre 2012 (rejeté)

ARTICLE 45

Supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit de reprendre un amendement proposé par le rapporteur général du Sénat Yves Daudigny (n°29).

Ce dernier a rappelé tout d'abord dans son exposé des motifs que l'article 45 du projet de loi de financement ouvre la possibilité à l'Agence de sécurité du médicament d'adopter une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour un médicament, y compris en présence d'une alternative thérapeutique. Il s'agit d'une procédure dérogatoire et exceptionnelle.

Il soulignait ensuite que la seconde phrase de l'alinéa 2, qu'il est proposé de supprimer, indique qu'une telle RTU 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.

Et il en concluait que « cette phrase ne semble pas particulièrement utile ; elle apporte plutôt du trouble en laissant penser qu'un médicament pourrait être indiqué dans une thérapie uniquement pour des raisons financières pour l'assurance maladie ».

Enfin, il notait « Surtout, attribuer une RTU pour de seules raisons financières pourrait être incompatible avec le droit communautaire, la directive sur le médicament ne prévoyant des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 va clairement dans ce sens ».

6 - AMENDEMENT N°185 présenté par M. Accoyer le 22 novembre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 45

Supprimer la seconde phrase de l'alinéa 2.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Il s'agit de reprendre un amendement proposé par le rapporteur général du Sénat Yves Daudigny (n°29).

Ce dernier a rappelé tout d'abord dans son exposé des motifs que l'article 45 du projet de loi de financement ouvre la possibilité à l'Agence de sécurité du médicament d'adopter une recommandation temporaire d'utilisation (RTU) pour un médicament, y compris en présence d'une alternative thérapeutique. Il s'agit d'une procédure dérogatoire et exceptionnelle.

Il soulignait ensuite que la seconde phrase de l'alinéa 2, qu'il est proposé de supprimer, indique qu'une telle RTU 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.

Et il en concluait que « cette phrase ne semble pas particulièrement utile ; elle apporte plutôt du trouble en laissant penser qu'un médicament pourrait être indiqué dans une thérapie uniquement pour des raisons financières pour l'assurance maladie ».

Enfin, il notait « Surtout, attribuer une RTU pour de seules raisons financières pourrait être incompatible avec le droit communautaire, la directive sur le médicament ne prévoyant des dérogations à la procédure de l'AMM que sur des critères de santé publique. Un arrêt de la Cour de Justice de l'Union européenne du 29 mars 2012 va clairement dans ce sens ».

d. Compte-rendu des débats AN – deuxième séance du lundi 26 novembre 2012

Article 45

M. le président. Sur l'article 45, je suis saisi d'un amendement n° 142.

La parole est à M. Dominique Tian, pour le soutenir.

M. Dominique Tian. Les recommandations temporaires d'utilisation, les RTU, ont été créées par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 pour pallier et encadrer une absence d'alternative médicamenteuse, dans un souci de sécurité sanitaire.

Le présent article autorise l'Agence nationale de sécurité du médicament, l'ANSM, à délivrer une RTU pour la prescription et le remboursement d'un médicament quand bien même il existerait une alternative thérapeutique disposant d'une autorisation de mise sur le marché dans l'indication concernée.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, *rapporteur.* Nous avons eu de longues discussions en première lecture à ce sujet, monsieur Tian. Vous savez comme nous que si la prescription hors autorisation de mise sur le marché est

permise en France, elle est aussi fermement encadrée. Nous sommes aujourd'hui confrontés à des pratiques commerciales douteuses qui consistent à refuser l'AMM pour des produits dont l'efficacité est avérée et dont le coût est bien plus réduit pour les patients de l'assurance maladie.

Il est évident que l'efficacité doit être considérée avant toute chose. Le bénéfice en matière de coût n'est pas négligeable. Il ne s'agit pas d'un article de circonstance. Il faut, je le redis, discerner dans quels cas les usages qui se situent hors de l'autorisation de mise sur le marché sont légitimes ou non. Les critères pris en compte par l'ANSM pour délivrer ces RTU seront donc appréciés au cas par cas, dans le respect d'une doctrine très précise récemment publiée par l'agence.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit d'un sujet complexe, d'un sujet sensible, d'un sujet difficile qui renvoie souvent à des situations inextricables dues aux stratégies commerciales de laboratoires, qui peuvent aboutir dans certains cas à ce qu'une même molécule soit commercialisée sous différents noms de marques, sous différents prix et selon une valorisation distincte, ce qui n'est pas satisfaisant.

Je tiens à vous préciser, monsieur Tian, que la RTU que nous vous proposons de définir n'a pas un objectif uniquement économique puisqu'elle devra toujours répondre à un besoin thérapeutique.

D'autre part, elle permet de sécuriser les prescriptions hors AMM qui sont motivées par une différence de coût. Si le critère économique est susceptible d'intervenir, il n'intervient jamais seul. En effet, pour que l'ANSM établisse une RTU, il faut que les données scientifiques disponibles permettent de garantir que le rapport entre les bénéfices et les risques ainsi que les conditions d'utilisation du médicament sont favorables.

De surcroît, dans tous les cas, la RTU sera portée à la connaissance des prescripteurs et des patients. Ces derniers pourront être directement informés et seront même surveillés le cas échéant.

Cette RTU n'a donc absolument pas vocation, dans l'esprit du Gouvernement, à remettre en cause l'AMM qui reste et restera le principe de base. La RTU est une exception destinée à répondre à des situations particulières, en l'occurrence des situations inextricables susceptibles de devenir sources de risques sanitaires.

Avis défavorable donc.

(L'amendement n° 142 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 143.

M. Dominique Tian. Cet amendement est défendu, monsieur le président.

(L'amendement n° 143, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

(L'article 45 est adopté.)

e. Texte adopté par l'AN

- Article 45

I. – L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – 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. »

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, la référence : « à l'article L. 5121-12-1 » est remplacée par la référence : « au I de l'article L. 5121-12-1 » ;

2° Après l'article L. 162-17-2-1, il est inséré un article L. 162-17-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-2-2. – Les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, être inscrites, au titre de cette recommandation temporaire d'utilisation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du présent code.

« Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application du premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

« À défaut :

« 1° Le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le Comité économique des produits de santé, par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité, en tenant compte principalement des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;

« 2° Le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les listes mentionnées au premier alinéa et à la fixation de son prix et du taux de participation de l'assuré. »

2. Sénat

a. Rapport n° 164 déposé le 27 novembre 2012 par M. Yves Daudigny

L'**article 45** élargit la procédure de recommandation temporaire d'utilisation (RTU) de médicaments. Reprenant sa position de première lecture, **la commission a adopté un amendement**, présenté par son rapporteur général, pour supprimer, dans le dispositif juridique lui-même, la référence aux deux objectifs poursuivis par cette réforme (la santé publique et la maîtrise des dépenses d'assurance maladie), car le risque de contentieux communautaire relatif à cette seconde mention est particulièrement élevé.

b. Compte-rendu des débats Sénat– séance du jeudi 29 novembre 2012

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, rejeté en Nouvelle lecture par le Sénat le 29 novembre 2012

c. Texte adopté par le Sénat

Le Sénat a rejeté, en nouvelle lecture, le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.

D. Assemblée nationale - Lecture définitive

RAS

E. Texte adopté

(AN NL) Article 57 45

I. – L'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – 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. »

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17-2-1, la référence : « à l'article L. 5121-12-1 » est remplacée par la référence : « au I de l'article L. 5121-12-1 » ;

2° Après le même article L. 162-17-2-1, il est inséré un article L. 162-17-2-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-17-2-2. – Les spécialités pharmaceutiques faisant l'objet d'une recommandation temporaire d'utilisation mentionnée au V de l'article L. 5121-12-1 du code de la santé publique peuvent, après avis de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du même code, être inscrites, au titre de cette recommandation temporaire d'utilisation et à l'initiative des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sur les listes mentionnées aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 du présent code, sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités publiques prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique et sur la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du présent code.

« Lorsque le médicament bénéficie d'au moins une indication remboursable au titre des listes prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 162-17 et à l'article L. 162-22-7, il est pris en charge ou remboursé, en application du premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

« À défaut :

« 1° Le prix ou le tarif de responsabilité de la spécialité est fixé par le Comité économique des produits de santé, par convention avec l'entreprise ou, en cas d'échec de la voie conventionnelle, par décision du comité, en tenant compte principalement des volumes de vente prévus ou constatés, des conditions prévisibles et réelles d'utilisation du médicament, de la population cible de patients concernés, des résultats d'une éventuelle évaluation médico-économique et, le cas échéant, des prix moyens constatés au titre de l'utilisation de la spécialité pour les autres indications remboursables en établissement de santé ;

« 2° Le taux de participation de l'assuré est fixé par le directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en fonction de la dernière évaluation de la spécialité par la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique.

« Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment les modalités, les règles de procédure et les délais relatifs à l'évaluation du médicament, à l'inscription sur les listes mentionnées au premier alinéa et à la fixation de son prix et du taux de participation de l'assuré. »

Décision n° 2012 - 659 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 58 (ex article 46)

(Encadrement de la visite médicale à l'hôpital)

Article, consolidation, travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article	4
II. Consolidation	5
III. Travaux parlementaires	8

Table des matières

I. Article	4
- (AN NL) Article 58 46.....	4
II. Consolidation	5
A. Code de la santé publique.....	5
- Article L. 5122-9-2	5
- Article L. 6143-7	5
- Article L. 6161-2	6
B. Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé.....	7
- Article 30	7
III. Travaux parlementaires	8
A. Première lecture	8
1. Assemblée nationale	8
a. Projet de loi n° 287, déposé le 10 octobre 2012.....	8
- Article 46	8
- Exposé des motifs	8
b. Amendements adoptés par la Commission	10
1 - Amendement n° AS 253, présenté par M. Paul.....	10
2 - Amendement n° AS 178, présenté par M. Bapt	11
3 - Amendement n° AS 187, présenté par Sebaoun et autres	11
c. Amendements rejetés par la Commission	13
1 - Amendement n° AS 7 présenté par Arnaud Robinet (rejeté)	13
2 - Amendement n° AS 84 , présenté par Dominique Tian et Isabelle le Callennec (rejeté)	14
3 - Amendement n° AS 12, présenté par Arnaud Robinet (tombé).....	15
4 - Amendement n° AS 28 présenté par Dominique Orliac (non défendu).....	17
d. Rapport n° 302 TOME II ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL de M. Christian PAUL, déposé le 17 octobre 2012	18
- Article 46	18
e. Amendements adoptés par l'AN	23
1 - AMENDEMENT N°466 présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail) le 19 octobre 2012.....	23
2 - AMENDEMENT N°572 présenté par M. Paul, le 19 octobre 2012	24
3 - AMENDEMENT N°574, présenté par M. Paul le 19 octobre 2012	24
4 - AMENDEMENT N° 406, présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail) et les commissaires membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen le 19 octobre 2012.....	24
5 - AMENDEMENT N°542 présenté par M. Sebaoun et autres	25
6 - AMENDEMENT N°402 présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail), M. Bapt et Mme Lemorton le 19 octobre 2012.....	26
7 - AMENDEMENT N°573 présenté par M. Paul le 19 octobre 2012	26
f. Amendements rejetés par l'AN	27
8 - Amendement n° 109, présenté par M. Lurton, M. Teissier, M. Decool, M. Suguenot, M. Solère, M. Fasquelle, M. Abad, M. Perrut, Mme Nachury, Mme Louwagie, M. Le Ray, M. Gorges, Mme Rohfritsch, M. Fillon, M. Marlin et M. Saddier, le 18 octobre 2012 (non soutenu) 27	
9 - Amendement n°157, présenté par M. Tian, Mme Le Callennec, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel, le 18 octobre 2012 (non soutenu)	27
10 - Amendement n° 302, présenté par M. Door et autres	28
g. Compte-rendu des débats – 2 ^{ème} séance du vendredi 26 octobre 2012	29
2. Sénat.....	34

a. Projet de loi	34
b. Rapport n° 107 Tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy - Examen des articles, déposé le 7 novembre 2012	34
c. Compte-rendu des débats –	35
B. Commission mixte paritaire : désaccord	35
a. Rapport déposé le 20 novembre 2012 par M. Gérard Bapt rapporteur, mis en ligne le 22 novembre 2012 à 17 heures 40, sous le n° 421 à l'Assemblée nationale et par M. Yves Daudigny rapporteur, sous le n° 137 au Sénat	35
C. Nouvelle lecture	36
1. Assemblée nationale	36
a. Amendements adoptés par la Commission	36
1 - Amendement n) AS 121 présenté par M. Paul.....	36
2 - Amendement n° 122 présenté par M. Paul.....	37
b. Amendements rejetés par la Commission	37
1 - Amendement n°AS 27 présenté par Arnaud Robinet (rejeté)	37
2 - Amendement n° AS 65 présenté par Dominique Tian, Isabelle le Callennec (rejeté)	38
3 - Amendement n° AS 101 présenté par Mme Polett, MM Door, Jacquat, Accoyer, Mme Boyer, MM. Cherpion, Delatte, Dord, Guaino, Mme Le Callennec, Leonetti, Lett, Mmes Levy, Louwagie, Mm Lurton, Marcangeli, Morange, Perrut, Robinet, Sire, Tian, Vialate (rejeté).....	39
4 - Amendement n° AS 29, présenté par Arnaud Robinet (rejeté)	40
5 - Amendement n°AS 66, présenté par Dominique Tian et Isabelle le Callennec (rejeté)	41
c. Rapport 430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt (recettes et équilibre général), Christian Paul (assurance maladie et accidents du travail), Mme Martine Pinville (médico-social), M. Michel Issindou (assurance vieillesse) et Mme Geneviève Levy (famille)	42
d. Amendements adoptés par l'AN	43
1 - AMENDEMENT N°62 présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail) le 22 novembre 2012.....	43
2 - AMENDEMENT N°63 présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail) le 22 novembre 2012.....	43
e. Amendements rejetés par l'AN	43
1 - Amendement n° 144, présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Le Callennec, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel, le 22 novembre 2012 (rejeté).....	43
2 - Amendement n°179, présenté par M. Door et autres	44
3 - Amendement n° 188, présenté par M. Accoyer, le 22 novembre 2012 (non soutenu).....	45
4 - Amendement n°215, présenté par Vercamer le 22 novembre 2012 rejeté).....	45
5 - Amendement n°45, présenté par M. Robinet et autres.....	45
6 - Amendement n°145, présenté par M. Tian et Mme Le Callennec, le 22 novembre 2012 (rejeté)	46
7 - Amendement n°187, présenté par M. Accoyer le 22 novembre 2012 (non soutenu).....	47
8 - Amendement n° 44, présenté par . Robinet, M. Decool, Mme Fort, M. Straumann, M. Fasquelle, M. Gandolfi-Scheit, Mme Grommerch, M. Reiss, M. Jean-Pierre Vigier et M. Mathis, le 22 novembre 2012 (non soutenu).....	48
f. Compte-rendu des débats– deuxième séance du lundi 26 novembre 2012.....	48
g. Texte adopté.....	49
2. Sénat.....	50
a. Rapport n° 164 déposé le 27 novembre 2012 par M. Yves Daudigny.....	50
b. Compte-rendu des débats Sénat– séance du jeudi 29 novembre 2012.....	50
c. Texte adopté par le Sénat	50
D. Assemblée nationale - Lecture définitive	50

I. Article

- (AN NL) Article 58 46

I. – Après l'article L. 5122-9-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5122-9-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5122-9-2. – L'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État et selon des modalités fixées dans le règlement intérieur de l'établissement. »

II. – L'article L. 6143-7 du même code est ainsi modifié :

1° Après le 16°, il est inséré un 17° ainsi rédigé :

« 17° Arrête, en application de l'article L. 5122-9-2, les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. »

2° À la première phrase du deuxième alinéa, la référence : « 15° » est remplacée par la référence : « 17° ».

III. – Le troisième alinéa de l'article L. 6161-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En application de l'article L. 5122-9-2, le représentant légal de l'établissement définit les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la conférence médicale d'établissement. »

IV. – À l'issue d'un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan du dispositif prévu à l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique, réalisé à partir d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé portant notamment sur le volume et la pertinence des prescriptions hospitalières. Ce rapport propose les évolutions législatives découlant du bilan, notamment sur le suivi par les établissements de santé des préconisations que la Haute Autorité formule en matière de visite médicale ainsi qu'en ce qui concerne l'élargissement des dispositions du même article L. 5122-9-2 aux dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1 du même code ainsi que leur éventuelle adaptation à la médecine de ville.

V. – Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est abrogé.

II. Consolidation

A. Code de la santé publique

Cinquième partie : Produits de santé
Livre Ier : Produits pharmaceutiques
Titre II : Médicaments à usage humain
Chapitre II : Publicité.

- Article L. 5122-9-2

L'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État et selon des modalités fixées dans le règlement intérieur de l'établissement.

Sixième partie : Etablissements et services de santé
Livre Ier : Etablissements de santé
Titre IV : Etablissements publics de santé
Chapitre III : Conseil de surveillance, directeur et directoire

- Article L. 6143-7

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 4

Le directeur, président du directoire, conduit la politique générale de l'établissement. Il représente l'établissement dans tous les actes de la vie civile et agit en justice au nom de l'établissement.

Le directeur est compétent pour régler les affaires de l'établissement autres que celles énumérées aux 1° à 45 17° et autres que celles qui relèvent de la compétence du conseil de surveillance énumérées à l'article L. 6143-1. Il participe aux séances du conseil de surveillance. Il exécute ses délibérations.

Le directeur dispose d'un pouvoir de nomination dans l'établissement. Il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination des directeurs adjoints et des directeurs des soins. La commission administrative paritaire compétente émet un avis sur ces propositions. Sur proposition du chef de pôle ou, à défaut, du responsable de la structure interne, et après avis du président de la commission médicale d'établissement, il propose au directeur général du Centre national de gestion la nomination et la mise en recherche d'affectation des personnels médicaux, pharmaceutiques et odontologiques mentionnés au 1° de l'article L. 6152-1 dans les conditions fixées par voie réglementaire. L'avis du président de la commission médicale d'établissement est communiqué au directeur général du Centre national de gestion.

Le directeur exerce son autorité sur l'ensemble du personnel dans le respect des règles déontologiques ou professionnelles qui s'imposent aux professions de santé, des responsabilités qui sont les leurs dans l'administration des soins et de l'indépendance professionnelle du praticien dans l'exercice de son art.

Le directeur est ordonnateur des dépenses et des recettes de l'établissement. Il a le pouvoir de transiger. Il peut déléguer sa signature, dans des conditions déterminées par décret.

Après concertation avec le directoire, le directeur :

1° Conclut le contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 6114-1 ;

- 2° Décide, conjointement avec le président de la commission médicale d'établissement, de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins, ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ;
- 3° Arrête le bilan social et définit les modalités d'une politique d'intéressement ;
- 4° Détermine le programme d'investissement après avis de la commission médicale d'établissement en ce qui concerne les équipements médicaux ;
- 5° Fixe l'état des prévisions de recettes et de dépenses prévu à l'article L. 6145-1, le plan global de financement pluriannuel et les propositions de tarifs de prestations mentionnés à l'article L. 174-3 du code de la sécurité sociale et, le cas échéant, de ceux des activités sociales et médico-sociales ;
- 6° Arrête le compte financier et le soumet à l'approbation du conseil de surveillance ;
- 7° Arrête l'organisation interne de l'établissement et signe les contrats de pôle d'activité en application de l'article L. 6146-1 ;
- 8° Peut proposer au directeur général de l'agence régionale de santé, ainsi qu'aux autres établissements et professionnels de santé, la constitution et la participation à une des formes de coopération prévues au titre III du livre Ier de la présente partie ou des réseaux mentionnés à l'article L. 6321-1 ;
- 9° Conclut les acquisitions, aliénations, échanges d'immeubles et leur affectation ainsi que les baux de plus de dix-huit ans ;
- 10° Conclut les baux emphytéotiques en application de l'article L. 6148-2, les contrats de partenariat en application de l'article 19 de l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat et les conventions de location en application de l'article L. 6148-3 ;
- 11° Soumet au conseil de surveillance le projet d'établissement ;
- 12° Conclut les délégations de service public mentionnées à l'article 38 de la loi n° 93-122 du 29 janvier 1993 relative à la prévention de la corruption et à la transparence de la vie économique et des procédures publiques ;
- 13° Arrête le règlement intérieur de l'établissement ;
- 14° A défaut d'un accord sur l'organisation du travail avec les organisations syndicales représentant le personnel de l'établissement, décide de l'organisation du travail et des temps de repos ;
- 15° Présente à l'agence régionale de santé le plan de redressement mentionné au premier alinéa de l'article L. 6143-3 ;
- 16° Arrête le plan blanc de l'établissement mentionné à l'article L. 3131-7.
- 17° Arrête, en application de l'article L. 5122-9-2, les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques.**

Les conditions d'application du présent article, relatives aux modalités de consultation des instances représentatives du personnel, sont fixées par décret.

Titre VI : Etablissements de santé privés

Chapitre Ier : Dispositions générales.

- Article L. 6161-2

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 9 (V)

Les praticiens qui exercent leur activité dans un établissement de santé privé forment de plein droit une conférence médicale, chargée de veiller à l'indépendance professionnelle des praticiens et de participer à l'évaluation des soins. La conférence donne son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement.

Ces prévisions d'activité doivent être communiquées à l'agence régionale de santé selon les modalités définies par le contrat prévu aux articles L. 6114-1 et L. 6114-3.

La conférence médicale contribue à la définition de la politique médicale et à l'élaboration de la politique d'amélioration continue de la qualité et de la sécurité des soins ainsi que des conditions d'accueil et de prise en charge des usagers ; elle propose au représentant légal de l'établissement un programme d'actions assorti

d'indicateurs de suivi. Ce programme prend en compte les informations contenues dans le rapport annuel de la commission des relations avec les usagers et de la qualité de la prise en charge. Le représentant légal de l'établissement la consulte avant la signature du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. La conférence médicale d'établissement est consultée sur tout contrat ou avenant prévoyant l'exercice d'une ou plusieurs missions de service public conformément à l'article L. 6112-2. **En application de l'article L. 5122-9-2, le représentant légal de l'établissement définit les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la conférence médicale d'établissement.**

L'établissement de santé met à la disposition du public les résultats, publiés chaque année, des indicateurs de qualité et de sécurité des soins dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la santé.

Lorsque le directeur général de l'agence régionale de santé constate le non-respect des dispositions prévues à l'alinéa précédent, il peut prendre les mesures appropriées, notamment une modulation des dotations de financement mentionnées à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale.

Un décret détermine les conditions d'application de l'alinéa précédent.

La conférence médicale d'établissement est consultée sur les matières la concernant dans des conditions fixées par décret.

Lorsque la consultation préalable est prévue par des dispositions légales ou réglementaires, l'avis de la conférence médicale d'établissement est joint à toute demande d'autorisation ou d'agrément formée par un établissement de santé privé et annexé à toutes les conventions conclues par ce dernier.

B. Loi n°2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé

- Article 30

~~I. — A titre expérimental et pour une période ne pouvant excéder deux ans, l'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription hospitalière initiale ou non ainsi que des produits visés à l'article L. 5211-1 du même code, effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans les conditions définies par convention conclue entre chaque établissement de santé et l'employeur de la personne concernée, dont les modalités sont définies par arrêté du ministre chargé de la santé pris après avis de la Haute Autorité de santé.~~

~~Avant le 1er janvier 2013, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan de l'expérimentation prévue au premier alinéa, réalisé à partir d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé. Ce rapport peut proposer les évolutions législatives découlant du bilan, notamment en ce qui concerne la pérennisation des dispositions en cause ainsi que leur éventuelle adaptation à la médecine de ville.~~

~~(...)~~

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 287, déposé le 10 octobre 2012

- Article 46

I. – Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est remplacé par les dispositions suivantes :

« I. – L'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans les conditions définies par un décret en Conseil d'État et selon des modalités fixées dans le règlement intérieur de l'établissement. »

II. – L'article L. 6143-7 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après le 16°, il est inséré un 17° ainsi rédigé :

« 17° Arrête, en application du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers et de rééducation médico-technique. »

2° Au deuxième alinéa, la mention « 1° à 15° » est remplacée par la mention « 1° à 17° ».

III. – Au troisième alinéa de l'article L. 6161-2 du même code, il est ajouté la phrase suivante :

« En application du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, le représentant légal de l'établissement définit les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la conférence médicale d'établissement. »

IV. – À l'issue d'un délai de deux ans à compter de la publication de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan du dispositif prévu au I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, réalisé à partir d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé portant notamment sur le volume et la pertinence des prescriptions hospitalières. Ce rapport propose les évolutions législatives découlant du bilan, notamment en ce qui concerne l'élargissement des dispositions en cause aux dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique ainsi que leur éventuelle adaptation à la médecine de ville.

- Exposé des motifs

La visite médicale en milieu hospitalier avait fait l'objet, par la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du 29 décembre 2011, d'un encadrement sous forme d'une expérimentation, pour une durée limitée, qui imposait la pratique de la visite médicale sous forme collective, pour un nombre très limité de produits de santé, dans des conditions définies par une convention conclue entre chaque établissement de santé et chaque laboratoire exploitant de produit promu, dont les modalités devaient être définies par un arrêté.

Afin d'améliorer la qualité des soins, l'expérimentation de la visite médicale dite collective à l'hôpital est remplacée par une disposition pérenne, son champ d'application est élargi à l'ensemble des médicaments et sa mise en place facilitée.

Un décret en Conseil d'État prévoira les conditions d'encadrement de la visite médicale, dont les modalités seront ensuite détaillées dans le règlement intérieur de chaque établissement de santé. La signature des multiples conventions avec chaque laboratoire, qui aurait mobilisé de très importantes ressources au sein des établissements de santé, sera ainsi supprimée.

Cette mesure présente un impact financier, en particulier sur le programme de gestion du risque sur les prescriptions hospitalières exécutées en ville et contribue à l'amélioration continue de la qualité des soins, par la qualité de l'information organisée à l'intention des professionnels de santé.

Une évaluation par la Haute Autorité de Santé (HAS) des mesures prises par les différents établissements devra permettre d'évaluer l'impact du dispositif sur les volumes et la pertinence des prescriptions hospitalières, et d'étudier le caractère transposable de cette mesure ainsi que de certaines des initiatives qu'auront prises les établissements de santé dans leurs règlements intérieurs à la médecine de ville et, le cas échéant à l'ensemble des produits de santé (y compris les dispositifs médicaux).

La certification de l'établissement de santé pourrait également porter sur la mise en œuvre de la visite médicale.

b. Amendements adoptés par la Commission

1 - Amendement n°AS 253, présenté par M. Paul

Article 46

AS	253	A
----	-----	---

I. Substituer à l'alinéa 1 l'alinéa suivant :

« I. Après l'article L. 5122-9-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5122-9-2 ainsi rédigé : »,

II. En conséquence,

1° Au début de l'alinéa 2, supprimer la référence : « I. – » ;

2° Aux alinéas 5 et 8, substituer aux mots :

« du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé »,

les mots :

« de l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique » ;

3° A l'alinéa 9, substituer aux mots :

« au I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé »,

les mots :

« à l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique » ;

4° Après l'alinéa 9, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« V. – Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est abrogé. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le dispositif proposé au présent article n'étant plus un dispositif expérimental, comme c'était le cas dans le cadre de la loi du 30 décembre 2011, mais une disposition pérenne, il est logique qu'il soit codifié au sein du code de la santé publique.

2 - Amendement n° AS 178, présenté par M. Bapt

AS	178	HT
----	-----	----

À l'alinéa 2, après le mot :

« publique »,

insérer les mots :

« , à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent article pérennise, en améliorant ses conditions de mise en œuvre et en élargissant son champ, l'expérimentation prévue dans la loi du 30 décembre 2011 renforçant la sécurité sanitaire du médicament relative à l'organisation de la visite médicale à l'hôpital sous une forme collective.

L'objectif poursuivi ici est de contribuer à une plus grande maîtrise des prescriptions hospitalières, en particulier des prescriptions hospitalières exécutées en ville, par l'amélioration de la qualité de l'information apportée aux professionnels de santé et le développement du bon usage des produits.

La portée du présent article dépasse toutefois largement le cadre des prescriptions initiales hospitalières puisqu'il concerne potentiellement tous les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique. Il exclut donc aussi les visites en face à face pour les médicaments hospitaliers de prescription restreinte nécessitant un accompagnement spécifique régulier de chaque prescripteur.

L'objet de cet amendement est de recentrer le dispositif proposé sur les médicaments à prescription hospitalière exécutées en ville sur lesquels se concentrent les principaux enjeux financiers, tout en continuant à autoriser les visites individuelles de délégués médicaux pour les autres médicaments. En effet, la suppression de cette modalité d'échange pourrait s'avérer pénalisante pour les prescripteurs s'agissant notamment de pathologies rares.

3 - Amendement n° AS 187, présenté par Sebaoun et autres

Présenté par : Gérard Sebaoun, Gérard Bapt, Gisèle Biemouret, Kheira Bouziane, Fanélie Carrey-Conte, Martine Carrillon-Couvreur, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Marc Germain, Linda Gourjade, Jérôme Guedj, Joëlle Huillier, Sandrine Hurel, Christian Hutin, Michel Issindou, Chaynesse Khirouni, Annie Le Houerou, Ségolène Neuville, Christian Paul, Martine Pinville, Denys Robiliard, Barbara Romagnan, Olivier Véran et les commissaires membres du groupe SRC

ARTICLE 46

la dernière phrase de
A l'alinéa 9, après le mot :

"notamment",

insérer les mots :

"sur le suivi par les établissements de santé des préconisations qu'elle formule en matière de visite médicale ainsi que"

EXPOSE SOMMAIRE

La visite médicale a fait l'objet d'un référentiel de certification publié en juillet 2011, d'un guide aux établissements de santé en matière de visite médicale de septembre 2011 ainsi que d'une liste des entreprises certifiées mise à jour le 30 juin 2012. Tous ces documents ont été élaborés par la Haute Autorité de Santé.

Le rôle de la visite médicale a également été discuté dans le rapport de l'IGAS de juin 2011 sur la pharmacovigilance et gouvernance du médicament

L'article 46 rend pérenne la visite médicale sous forme collective à l'hôpital faisant suite à l'expérimentation menée depuis 2 ans. Il est précisé que cette disposition permanente fera l'objet d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de Santé auprès des établissements de santé. L'amendement entend insister sur le suivi des préconisations du guide aux établissements de santé élaboré par l'HAS en matière de visite médicale

c. Amendements rejetés par la Commission

1 - Amendement n° AS 7 présenté par Arnaud Robinet (rejeté)

ARTICLE 46

Supprimer cet article

EXPOSE SOMMAIRE

Le visiteur médical est un vecteur d'information indispensable. Il contribue au bon usage du médicament ainsi qu'au suivi de pharmacovigilance en permettant un entretien individuel efficace avec les prescripteurs pour une plus grande sécurité des patients (spécificités de prescription et d'administration, bon usage du médicament, effets secondaires et signalement à la pharmacovigilance,...).

Cet article 46 va à l'encontre d'une visite médicale de qualité et détériorera la sécurité sanitaire du médicament en remettant en place la visite médicale hospitalière collective dans les établissements hospitaliers sans les restrictions votées par l'assemblée nationale en décembre 2011, mais aussi par l'obligation pour les établissements de faire figurer cette mesure dans leur règlement intérieur.

**2 - Amendement n° AS 84 , présenté par Dominique Tian et Isabelle le Callennec
(rejeté)**

ARTICLE 46

Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article propose de modifier, sans qu'il ait pu être mise en œuvre, l'article 30 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé.

Les modalités de cette expérimentation avaient été calibrées par le législateur qui avait amendé, à plusieurs reprises au cours de la procédure d'examen parlementaire, le dispositif initial proposé par le gouvernement d'alors.

En étendant la visite médicale collective à tous les médicaments, cet article propose de revenir au système qui avait été conçu par le précédent Ministre de la santé.

L'étude d'impact du projet de loi du 29 décembre 2011 évaluait le coût en termes d'emplois à 1.500 personnes (soit environ un tiers des effectifs de visiteurs médicaux hospitaliers), alors même que l'étude annexée au PLFSS évalue l'impact de cette disposition sur l'emploi direct à «aucun». Compte tenu de la conjoncture économique actuelle, cet article n'est pas opportun.

En outre, il s'agit, au regard de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, d'un cavalier social.

3 - Amendement n° AS 12, présenté par Arnaud Robinet (tombé)

Article 46

I. – A la première phrase de l’alinéa 2, après les mots :

« L5311-1 du code de la santé publique »,

insérer les mots suivants :

« à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, »

II. – A la première phrase de l’alinéa 5, après les mots :

« article L5311-1, »,

insérer les mots suivants :

« à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, ».

III. – A la première phrase de l’alinéa 8, après les mots :

« article L5311-1, » sont insérés les mots suivants :

« à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, ».

EXPOSE SOMMAIRE

L’article 46 du projet de loi encadre « l’information par démarchage ou la prospection » à destination des professionnels de santé, c’est-à-dire la visite médicale en milieu hospitalier, comme expressément mentionnée dans l’exposé des motifs du présent projet de loi. Il prévoit, à son alinéa premier, la limitation de la visite médicale à une visite collective devant plusieurs professionnels de santé, selon des conditions définies dans le règlement intérieur de chaque établissement. Cet article vient ainsi réformer les dispositions adoptées dans le cadre de l’examen du projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé adopté à la fin de l’année 2011.

Si ce dispositif permet de répondre, pour certaines classes de médicaments, à un objectif

d'amélioration de la qualité des soins et de diminution des pratiques de surprescription, l'adoption d'une telle réforme ne permettrait pas de prendre en compte les caractéristiques intrinsèques des maladies rares et des traitements qui leur sont destinés, parmi lesquels figurent les médicaments orphelins.

Au regard de la faible prévalence de ces pathologies, et du nombre extrêmement restreint de spécialistes-prescripteurs par établissement de santé, la visite médicale hospitalière joue en effet, pour les médicaments orphelins, un double rôle essentiel :

- Dans la formation au quotidien des équipes médicales aux spécificités des pathologies traitées, afin d'améliorer leur diagnostic et leur traitement ;
- Dans le développement et l'amélioration continue des activités de recherche sur les maladies rares, grâce aux retours en direct des équipes hospitalières sur l'application concrète de ces traitements.

Pour ces raisons, l'obligation de visite médicale collective semble en l'état inapplicable aux médicaments orphelins, au regard du faible nombre de spécialistes prescripteurs concernés.

Elle serait par ailleurs contreproductive, en ce qu'elle aurait pour conséquence directe une détérioration de l'indispensable collaboration entre les équipes médicales et les laboratoires. Elle priverait ainsi les équipes médicales d'une parfaite connaissance du médicament orphelin concerné et de son usage et pénaliserait le laboratoire dans ses activités de pharmacovigilance et de recherche. A ce titre, elle constituerait, à court et moyen terme, une régression dans l'accès des patients atteints de maladies rares à une prise en charge thérapeutique optimale de leur pathologie.

En excluant les médicaments orphelins de l'application de la visite médicale collective, telle que prévue par l'article 46 du présent projet de loi, le présent amendement tend à favoriser la pérennité d'un environnement favorable à la lutte contre les maladies rares, domaine dans lequel la France fait figure de précurseur depuis plus d'une dizaine d'années.

4 - Amendement n° AS 28 présenté par Dominique Orliac (non défendu)

Article 46

AS	28	T
----	----	---

– A la première phrase de l’alinéa 2, après les mots :

« L5311-1 du code de la santé publique »,

insérer les mots suivants :

« à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, »

I. – A la première phrase de l’alinéa 5, après les mots :

« article L5311-1, »,

insérer les mots suivants :

« à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, ».

II. – A la première phrase de l’alinéa 8, après les mots :

« article L5311-1, » sont insérés les mots suivants :

« à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141 / 2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, ».

Exposé des motifs

L’article 46 du projet de loi encadre « l’information par démarchage ou la prospection » à destination des professionnels de santé, c’est-à-dire la visite médicale en milieu hospitalier, comme expressément mentionnée dans l’exposé des motifs du présent projet de loi. Il prévoit, à son alinéa premier, la limitation de la visite médicale à une visite collective devant plusieurs professionnels de santé, selon des conditions définies dans le règlement intérieur de chaque établissement. Cet article vient ainsi réformer les dispositions adoptées dans le cadre de

l'examen du projet de loi relatif au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé adopté à la fin de l'année 2011.

Si ce dispositif permet de répondre, pour certaines classes de médicaments, à un objectif d'amélioration de la qualité des soins et de diminution des pratiques de surprescription, l'adoption d'une telle réforme ne permettrait pas de prendre en compte les caractéristiques intrinsèques des maladies rares et des traitements qui leur sont destinés, parmi lesquels figurent les médicaments orphelins.

Au regard de la faible prévalence de ces pathologies, et du nombre extrêmement restreint de spécialistes-prescripteurs par établissement de santé, la visite médicale hospitalière joue en effet, pour les médicaments orphelins, un double rôle essentiel :

- Dans la formation au quotidien des équipes médicales aux spécificités des pathologies traitées, afin d'améliorer leur diagnostic et leur traitement ;
- Dans le développement et l'amélioration continue des activités de recherche sur les maladies rares, grâce aux retours en direct des équipes hospitalières sur l'application concrète de ces traitements.

Pour ces raisons, l'obligation de visite médicale collective semble en l'état inapplicable aux médicaments orphelins, au regard du faible nombre de spécialistes prescripteurs concernés.

Elle serait par ailleurs contreproductive, en ce qu'elle aurait pour conséquence directe une détérioration de l'indispensable collaboration entre les équipes médicales et les laboratoires. Elle priverait ainsi les équipes médicales d'une parfaite connaissance du médicament orphelin concerné et de son usage et pénaliserait le laboratoire dans ses activités de pharmacovigilance et de recherche. A ce titre, elle constituerait, à court et moyen terme, une régression dans l'accès des patients atteints de maladies rares à une prise en charge thérapeutique optimale de leur pathologie.

En excluant les médicaments orphelins de l'application de la visite médicale collective, telle que prévue par l'article 46 du présent projet de loi, le présent amendement tend à favoriser la pérennité d'un environnement favorable à la lutte contre les maladies rares, domaine dans lequel la France fait figure de précurseur depuis plus d'une dizaine d'années.

d. Rapport n° 302 TOME II ASSURANCE MALADIE ET ACCIDENTS DU TRAVAIL de M. Christian PAUL, déposé le 17 octobre 2012

- Article 46

3. La régulation de la visite médicale dans les établissements de santé (article 46)

L'article 46 vise à renforcer les dispositions législatives encadrant les activités de promotion du médicament par démarchage ou prospection auprès des professionnels de santé, en prévoyant que les visites médicales à l'hôpital doivent avoir lieu dans un cadre collectif. Cet article s'inscrit dans la continuité des dispositions de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament, qui organisait une expérimentation du même type mais selon des modalités telles que le dispositif n'a jamais été mis en œuvre. L'objectif poursuivi est de contribuer à une plus grande maîtrise des prescriptions hospitalières, en particulier des prescriptions hospitalières exécutées en ville. C'est en effet sur ces dernières que se concentrent les principaux enjeux financiers (4 milliards d'euros en 2011, en hausse de 4,5 %).

C'est la raison pour laquelle votre commission a souhaité recentrer le champ de la mesure sur les médicaments à prescription hospitalière exécutées en ville, tout en continuant à autoriser les visites individuelles de délégués médicaux pour les autres médicaments.

(...)

Article 46

(art. 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ; art. L. 6143-7 et L. 6161-2 du code de la santé publique)

Encadrement de la visite médicale à l'hôpital

Les activités de promotion du médicament par démarchage ou prospection auprès des professionnels de santé sont régies par des dispositions législatives visant à garantir que ces pratiques commerciales et promotionnelles ne nuisent pas à la qualité des soins et répondent à un certain nombre de critères qualitatifs. La forme que peuvent prendre ces activités n'est toutefois pas réglementée à l'heure actuelle.

1. Une première tentative avortée en 2012

La loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a lancé une expérimentation visant à encadrer la visite médicale en milieu hospitalier. Cette expérimentation, dont la durée maximale avait été fixée à deux ans, prévoyait des visites sous forme collective pour un nombre limité de produits et selon des modalités définies par une convention conclue entre les établissements de santé et les laboratoires exploitant les produits ainsi promus.

Présenté comme une première étape préalable à la pérennisation du dispositif et à son extension aux professionnels de santé exerçant en ville, ce dispositif visait à répondre aux nombreuses critiques formulées à l'encontre de la visite médicale sans toutefois aller jusqu'à la supprimer, comme certains le recommandaient(78). Rappelons à cet égard que la visite médicale représente environ 75 % des dépenses consacrées par l'industrie pharmaceutique à la promotion du médicament, soit 12 % de son chiffre d'affaires réalisé en France, et emploie 17 000 personnes (chiffres 2010).

Le champ de cette expérimentation était cependant particulièrement étroit, un amendement adopté à l'Assemblée nationale ayant en effet exclu du dispositif l'ensemble des médicaments de réserve hospitalière, de prescription hospitalière et de prescription initiale hospitalière(79). Sa mise en œuvre présentait en revanche une lourdeur certaine puisqu'elle supposait la mise en œuvre de multiples conventions avec les industriels de santé. Les modalités de mise en œuvre de ces conventions devaient, en outre, faire l'objet d'un arrêté pris par le ministre chargé de la santé après avis de la Haute Autorité de santé, arrêté qui n'a jamais été publié.

Règles relatives à la visite médicale

– Charte de qualité

L'activité de promotion du médicament est encadrée par un certain nombre de règles de bonnes pratiques visant à garantir l'éthique et la qualité des informations délivrées au corps médical par les délégués médicaux de l'industrie pharmaceutique.

L'article L. 162-17-8 du code de la sécurité sociale prévoit ainsi qu'une « charte de qualité des pratiques professionnelles des personnes chargées de la promotion des spécialités pharmaceutiques par prospection ou démarchage est conclue entre le Comité économique des produits de santé et un ou plusieurs syndicats représentatifs des entreprises du médicament ».

Cette charte vise à mieux encadrer les pratiques commerciales et promotionnelles qui pourraient nuire à la qualité des soins. Dans cette perspective, le CEPS peut, depuis la loi du 30 décembre 2011, fixer des objectifs annuels chiffrés d'évolution de ces pratiques, le cas échéant pour certaines classes pharmaco-thérapeutiques ou pour certains produits, objectifs susceptibles d'entraîner une pénalité financière à l'encontre de l'entreprise qui ne les a pas respectés (le montant maximum de la pénalité est fixé à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits considérés).

Signée en 2004, la charte indique notamment que l'information délivrée par le délégué médical doit s'appuyer sur les avis des autorités sanitaires. Elle interdit, par ailleurs, toute remise d'échantillons et de cadeaux par le visiteur médical aux médecins.

– Certification obligatoire

En application de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, la Haute Autorité de santé a élaboré une procédure de certification permettant de garantir la conformité des pratiques de visite médicale des entreprises à la charte de qualité de la visite médicale et a établi un référentiel de certification.

L'application du référentiel de certification est évaluée par des organismes accrédités par le Comité français d'accréditation (COFRAC), qui certifient la visite médicale des entreprises pour une durée de trois ans, sur la base d'audits réalisés annuellement. Cette certification est obligatoire pour toute entreprise qui exerce une activité de promotion du médicament auprès des professionnels de santé.

Le référentiel de certification impose aux entreprises de mettre en place une politique de qualité concernant la visite médicale et un suivi de l'activité des délégués médicaux. Il est notamment vérifié que le message oral transmis au médecin est bien conforme aux spécifications de l'autorisation de mise sur le marché (AMM). De la même manière, les documents utilisés par le délégué médical font l'objet d'un dépôt auprès des autorités, qui peuvent ainsi contrôler leur adéquation avec l'autorisation de mise sur le marché.

– Formation des délégués médicaux

Le code de la santé publique dispose que toute personne qui exerce une activité de promotion du médicament doit détenir des connaissances scientifiques suffisantes. Ces connaissances doivent être attestées par un diplôme dont la liste est fixée par arrêté. La loi fixe également une obligation de formation continue de salariés concernés. Ce point constitue un prérequis à la certification de la visite médicale (article L. 5122-11 du code de la santé publique).

En conséquence, le présent projet de loi de financement propose de substituer à cette expérimentation un dispositif pérenne, reprenant la formule de la visite collective tout en élargissant son champ à l'ensemble des médicaments et en simplifiant son organisation, la procédure de conventionnement étant supprimée au profit d'un encadrement par le règlement intérieur. Comme le précise l'étude d'impact, l'objectif poursuivi est l'amélioration de la qualité des soins et la réduction de l'impact financier des prescriptions hospitalières, notamment des prescriptions hospitalières exécutées en ville, grâce à une meilleure information des professionnels de santé. Rappelons en effet que l'enjeu de ces prescriptions avoisine les 4 milliards d'euros pour les seuls médicaments et atteint un peu plus de 1 milliard d'euros pour les produits de la liste des produits et prestations(80), ces chiffres étant par ailleurs en forte croissance (+ 4,5 % en 2011 pour les médicaments et + 7,9 % pour les produits et prestations). Un gain direct de 10 millions d'euros annuels sur les dépenses remboursées est ainsi escompté par l'étude d'impact sur la base d'un infléchissement attendu de 0,5 % du nombre de boîtes de médicaments toutes classes confondues.

2. Un dispositif pérenne axé sur le principe d'une visite collective

Le I du présent article vise en premier lieu à remplacer les dispositions du I de l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011(81) par de nouvelles modalités d'organisation de la visite médicale dans les établissements de santé (alinéa 1). On notera à cet égard que le choix aurait pu être fait de supprimer purement et simplement les dispositions de la loi de 2011 et d'inscrire le nouveau dispositif prévu au I au sein du code de la santé publique (par exemple dans le chapitre II du titre II du livre Ier de la cinquième partie relatif à la publicité pour les médicaments à usage humain).

La rédaction proposée prévoit que l'information par démarchage ou la prospection pour les médicaments dans les établissements de santé ne peut être organisée que sous une forme collective et renvoie au règlement intérieur des établissements pour définir les conditions d'organisation des visites médicales (alinéa 2). Il convient de signaler que le champ des produits de santé concernés est limité à ceux mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, c'est-à-dire :

– aux médicaments, y compris les insecticides, acaricides et antiparasitaires à usage humain, les préparations magistrales, hospitalières et officinales, les substances stupéfiantes, psychotropes ou autres substances vénéneuses utilisées en médecine, les huiles essentielles et plantes médicinales, les matières premières à usage pharmaceutique (1°) ;

– et aux produits contraceptifs et contragestifs (2°).

Sont donc à ce stade exclus du dispositif les autres produits de santé, tels que les dispositifs médicaux, les dispositifs médicaux de diagnostic in vitro (DMDIV), les produits sanguins labiles et les produits cosmétiques.

Le II du présent article modifie l'article L. 6143-7 du code de la santé publique afin d'introduire dans la liste des compétences des directeurs d'établissement public de santé la définition des modalités d'organisation de la visite médicale. Le 17° nouveau précise ainsi que le directeur « arrête les modalités d'information par démarchage ou de prospection des produits de santé (...) après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers et de rééducation médicotechnique » (alinéa 5). Il s'agit là des mêmes consultations que celles prévues pour l'adoption du règlement intérieur dans les établissements publics de santé (7° de l'article L. 6143-7 du code de la santé publique) qui prévoient de recueillir l'avis de la communauté médicale et paramédicale.

Des dispositions similaires sont également prévues au III du présent article s'agissant des établissements de santé privés. L'article L. 6161-2 du code de la santé publique est ainsi complété par une phrase précisant que le représentant légal de l'établissement définit « les modalités d'information par démarchage ou de prospection des produits de santé (...) après avis de la conférence médicale d'établissement » (alinéa 8). Rappelons en

effet qu'aux termes de l'article L. 6161-2 du code de la santé publique, les praticiens exerçant leur activité dans un établissement de santé privé forment de plein droit une conférence médicale, chargée notamment de donner son avis sur la politique médicale de l'établissement ainsi que sur l'élaboration des prévisions annuelles d'activité de l'établissement ; aux termes de l'article R. 6164-1 du même code, la conférence médicale d'établissement est consultée sur le règlement intérieur de l'établissement.

Enfin, le IV renvoie, comme cela était prévu dans le cadre de l'expérimentation introduite par la loi du 30 décembre 2011, à une évaluation confiée à la Haute Autorité de santé dont le résultat doit être présenté au Parlement dans un délai de deux ans à compter de la publication de la présente loi de financement (alinéa 9). Il est, en outre, précisé que cette évaluation doit notamment porter sur le volume et la pertinence des prescriptions hospitalières, de manière à vérifier la validité des hypothèses d'économies formulées dans l'étude d'impact. Enfin, ces travaux auront également pour objet de proposer d'éventuelles évolutions législatives afin d'élargir les dispositions du présent article, d'une part, aux dispositifs médicaux et, d'autre part, à la médecine de ville.

*

La Commission examine les amendements de suppression AS 7 de M. Arnaud Robinet, AS 43 de Mme Bérengère Poletti et AS 84 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. La question de l'encadrement de la visite médicale à l'hôpital a longuement été débattue à l'occasion du vote de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament. Elle fut d'ailleurs l'occasion d'une divergence entre le ministre de la santé d'alors et le rapporteur du texte. La plupart de mes collègues de la majorité considéraient que les visiteurs médicaux devenaient les boucs émissaires du scandale du Mediator, alors que ce dernier avait plus touché la médecine de ville que le milieu hospitalier. L'amendement de notre ancien collègue Guy Lefrand, que nous soutenions, visait à assouplir l'article 19 du projet de loi.

Une grande partie de l'opposition était quant à elle plutôt défavorable à cet article en invoquant notamment l'impact d'une telle mesure sur l'emploi dans l'industrie pharmaceutique, arguant qu'il y avait une incohérence à viser la visite médicale en milieu hospitalier et non en médecine de ville.

Cet article 46, vous le comprendrez, m'a donc surpris et je propose de le supprimer même si je suis rassuré en constatant que la présidente a déposé un amendement qui semble rejoindre celui de Guy Lefrand.

M. Christian Paul, rapporteur. L'article 46 vise à pérenniser les visites collectives. Les problèmes qu'elles soulèvent ne sont d'ailleurs pas apparus à l'occasion de l'affaire du Mediator. Nous avons essayé de trouver depuis longtemps des formes de moralisation et d'encadrement à la définition desquelles vous avez d'ailleurs contribué.

Nous ne sommes pas hostiles à ce que la visite médicale en face à face perdure dans certains cas limités, concernant des médicaments très précisément définis qui ne sont prescrits qu'à l'hôpital.

M. Arnaud Robinet. C'était le sens de l'amendement Lefrand.

M. Gérard Bapt. Non ! Nous avons été roulés dans la farine !

M. Christian Paul, rapporteur. Nous serons extrêmement précis en encadrant ces visites de manière à éviter que des patients qui retournent en médecine de ville ne soient captifs de l'usage de certains médicaments prescrits à l'hôpital, suite à des visites peu ou mal encadrées. Si vous le souhaitez aussi, votez donc l'article 46 modifié par l'amendement AS 178 présenté par la présidente !

M. Denis Jacquat. Nous avons déjà beaucoup discuté de cette question et, comme l'a rappelé Arnaud Robinet, nous avons obtenu le vote de l'amendement Lefrand.

L'article 46 entraîne une nouvelle modification qui fait réagir nombre de visiteurs médicaux, en particulier hospitaliers. Les amendements qui viendront en discussion – dont le vôtre, madame la présidente, ainsi que celui de Dominique Orliac en partie –, induisent un retour à la situation prévalant après l'adoption de l'amendement Lefrand. C'est donc un rétropédalage de plus, qui pourra d'ailleurs peut-être donner satisfaction !

M. Gérard Bapt. Nous avons en effet considéré que l'expérimentation de la visite médicale collective en milieu hospitalier risquait d'être une procédure un peu lourde. Nous avons donc voté l'amendement Lefrand excluant de celle-ci les médicaments de réserve hospitalière, les médicaments à prescription hospitalière, et les médicaments à prescription initiale hospitalière.

Nous nous sommes cependant aperçus que l'esprit dans lequel le ministre Xavier Bertrand avait accepté cette disposition avait été dévoyé. Certains laboratoires, en effet, utilisent la prescription hospitalière initiale en consentant de très importantes remises aux hôpitaux – de sorte que les pharmaciens d'établissements

conseillent ces produits –, mais lorsque le patient revient en médecine de ville et continue de les utiliser, leur prix n'est plus du tout le même. Nous voulons donc mettre un terme à la « libéralité » qui avait été accordée à la prescription hospitalière initiale.

En revanche, les médicaments relevant de la réserve hospitalière ou de la prescription hospitalière exclusive sont des produits particuliers, pour des patients souffrant d'affections précises, et qui sont prescrits par des médecins très spécialisés. L'exonération de visite médicale collective peut donc leur être accordée.

Par ailleurs, l'article 46 présente l'avantage d'alléger le dispositif en n'impliquant pas la signature de conventions, au cas par cas, par les établissements. L'inscription de ces dispositions dans le règlement intérieur évitera la paperasse.

M. Jean-Pierre Door. Nous voterons évidemment ces amendements de suppression.

Nous sommes étonnés car ce débat a déjà eu lieu voilà un an. Il a d'ailleurs été assez complexe, les personnels hospitaliers sachant très bien que la question des visites collectives est loin d'être évidente. Nous avons donc proposé une expérimentation de deux ans, qui n'est pas encore achevée. J'ajoute que les conventions avec les services hospitaliers n'ont pas toutes été signées et que les décrets relatifs à la visite collective sont très récents. Pourquoi ne pas aller au terme de l'expérimentation ? Je le répète, cette question est très délicate, à moins de vouloir en finir avec les visites médicales. Dans ce cas-là, vous seriez toutefois confrontés à de nouveaux plans sociaux.

M. Gérard Sebaoun. Il n'est pas question de faire croire qu'il y aurait d'un côté les soutiens de la visite médicale et, de l'autre, ses fossoyeurs. La visite médicale a connu d'extraordinaires dérives, personne ne peut prétendre le contraire, mais ce métier s'est professionnalisé et est exercé aujourd'hui par des personnels compétents. Toutefois, nous voulons l'encadrer, comme c'est par exemple le cas aux États-Unis. Et c'est efficace ! Nous voulons donc remplacer l'expérimentation en cours par un dispositif pérenne inscrit dans le règlement intérieur des hôpitaux.

La Haute Autorité de santé a réuni des groupes de travail, produit des documents, certifié des établissements, rédigé un guide de bonnes pratiques de la visite médicale. Aujourd'hui, nous disposons de tous les éléments permettant d'apprécier la situation. L'intégration de la visite collective dans une unité qui fonctionne bien est de bonne politique.

Enfin, comme cela a déjà été dit, un amendement sera présenté permettant de traiter certaines situations exceptionnelles.

Mme Véronique Louwagie. Sans doute pourrait-on se donner un peu plus de temps pour évaluer un dispositif qui vient d'être mis en place. Un an, c'est trop peu. Je ne suis pas sûre, de surcroît, que l'instabilité induite par une succession de mesures soit facteur de grande efficacité.

M. Christian Paul, rapporteur. On peut vous donner raison sur ce point sans néanmoins en faire de même pour Jean-Pierre Door, puisque aucun texte réglementaire n'a été pris. L'expérimentation a tourné court. Le dispositif était sans doute peu opératoire du fait d'un champ d'application restreint qui impliquait en outre de passer de nombreuses conventions, ce qui n'a pas été le cas.

Nous procédons donc à une remise en ordre que vous trouvez sans doute un peu drastique mais l'amendement AS 178 permettra de parvenir à une position juste, équilibrée et permettant de moraliser la situation.

Mme Isabelle Le Callennec. Selon une évaluation, le dispositif institué par le précédent ministre de la santé aurait entraîné la perte de 1 500 emplois. Or l'étude d'impact n'en fait absolument pas cas. Nous avons pourtant le plus grand mal à imaginer qu'une telle mesure n'ait aucune conséquence de cet ordre. Comme mes collègues, je considère qu'il serait plus raisonnable d'aller au bout de l'expérimentation.

M. Christian Paul, rapporteur. Qui a tourné court, je le répète.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Le nombre de visiteurs médicaux se réduira inéluctablement, quelle que soit la volonté politique, puisque les stratégies ciblées de patients se développeront de plus en plus. C'est malheureux pour les visiteurs médicaux, mais c'est ainsi.

M. Gérard Sebaoun. L'Inspection générale des affaires sociales a remis un rapport prônant la disparition de la visite médicale. Nous ne proposons pas quant à nous de supprimer des emplois, mais de faire en sorte que ce métier continue d'exister.

La Commission rejette les amendements AS 7, AS 43 et AS 84.

Elle adopte ensuite l'amendement de codification AS 253 de M. Christian Paul, rapporteur.

L'amendement AS 28 de Mme Dominique Orliac n'est pas défendu.

Puis la Commission examine l'amendement AS 178 de M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. J'ai évoqué les conséquences d'un usage dévoyé de la prescription hospitalière initiale pour les finances publiques. Nous souhaitons donc, comme je l'ai déjà dit, l'application du principe de visite collective pour ce type de prescriptions.

Suivant l'avis favorable du rapporteur, la Commission adopte l'amendement AS 178.

En conséquence, l'amendement AS 12 de M. Arnaud Robinet tombe.

La Commission examine l'amendement AS 187 de M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. L'article 46 rend pérenne la visite médicale sous forme collective à l'hôpital et le dispositif fera l'objet d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé. Notre amendement insiste sur le suivi des préconisations du guide des établissements de santé élaboré par celle-ci en matière de visite médicale.

Mme la présidente Catherine Lemorton. Puisqu'on nous peint en liquidateurs de la visite médicale, je rappelle que, lorsque nous étions dans l'opposition, nous avons déposé un amendement visant à protéger ces lanceurs d'alertes que sont les visiteurs médicaux lorsqu'ils font remonter des signaux de pharmacovigilance. Le Gouvernement avait alors tenu à le reprendre à son compte, ce que nous avons généreusement accepté.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis très favorable.

La Commission adopte l'amendement AS 187.

Puis elle adopte l'article 46 modifié.

e. Amendements adoptés par l'AN

1 - AMENDEMENT N°466 présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail) le 19 octobre 2012

ARTICLE 46

I. – Substituer à l'alinéa 1, l'alinéa suivant :

« I. – Après l'article L. 5122-9-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5122-9-2 ainsi rédigé : ».

II. – En conséquence, au début de l'alinéa 2, substituer à la référence :

« I. – »

la référence :

« Art. L. 5122-9-2 ».

III. – En conséquence, aux alinéas 5 et 8, substituer aux mots :

« du I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé »,

les mots :

« de l'article L. 5122-9-2 ».

IV – En conséquence, à la première phrase de l'alinéa 9, substituer aux mots :

« au I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé »,

les mots :

« à l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique ».

V – En conséquence, compléter cet article par l'alinéa suivant :

« V. – Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est supprimé. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de codification.

Le dispositif proposé au présent article n'étant plus un dispositif expérimental, comme c'était le cas dans le cadre de la loi du 30 décembre 2011, mais une disposition pérenne, il est logique qu'il soit codifié au sein du code de la santé publique.

2 - AMENDEMENT N°572 présenté par M. Paul, le 19 octobre 2012

ARTICLE 46

À l'alinéa 2, substituer aux mots :

« les conditions définies par un »,

les mots :

« des conditions définies par ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

3 - AMENDEMENT N°574, présenté par M. Paul le 19 octobre 2012

ARTICLE 46

À la première phrase de l'alinéa 9, substituer au mot :

« publication »,

le mot :

« promulgation. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

4 - AMENDEMENT N° 406, présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail) et les commissaires membres du groupe Socialiste, républicain et citoyen le 19 octobre 2012

ARTICLE 46

À la seconde phrase de l'alinéa 9, après le mot :

« notamment »,

insérer les mots :

« sur le suivi par les établissements de santé des préconisations qu'elle formule en matière de visite médicale ainsi qu' ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La visite médicale a fait l'objet d'un référentiel de certification publié en juillet 2011, d'un guide aux établissements de santé en matière de visite médicale de septembre 2011 ainsi que d'une liste des entreprises certifiées mise à jour le 30 juin 2012. Tous ces documents ont été élaborés par la Haute Autorité de Santé.

Le rôle de la visite médicale a également été discuté dans le rapport de l'IGAS de juin 2011 sur la pharmacovigilance et gouvernance du médicament.

L'article 46 rend pérenne la visite médicale sous forme collective à l'hôpital faisant suite à l'expérimentation menée depuis 2 ans. Il est précisé que cette disposition permanente fera l'objet d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de Santé auprès des établissements de santé. L'amendement entend insister sur le suivi des préconisations du guide aux établissements de santé élaboré par l'HAS en matière de visite médicale.

5 - AMENDEMENT N°542 présenté par M. Sebaoun et autres

M. Bapt, Mme Biémouret, Mme Bouziane, Mme Carrey-Conte, Mme Carrillon-Couvreur, Mme Clergeau, M. Germain, Mme Gourjade, M. Guedj, Mme Huillier, Mme Hurel, M. Hutin, Mme Iborra, M. Issindou, Mme Khirouni, Mme Le Houerou, M. Liebgott, Mme Neuville, M. Paul, Mme Pinville, M. Robiliard, Mme Romagnan et les membres du groupe socialiste, républicain et citoyen le 19 octobre 2012

ARTICLE 46

À la seconde phrase de l'alinéa 9, après le mot :

« notamment »,

insérer les mots :

« sur le suivi par les établissements de santé des préconisations qu'elle formule en matière de visite médicale ainsi qu' ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

La visite médicale a fait l'objet d'un référentiel de certification publié en juillet 2011, d'un guide aux établissements de santé en matière de visite médicale de septembre 2011 ainsi que d'une liste des entreprises certifiées mise à jour le 30 juin 2012. Tous ces documents ont été élaborés par la Haute Autorité de Santé.

Le rôle de la visite médicale a également été discuté dans le rapport de l'IGAS de juin 2011 sur la pharmacovigilance et gouvernance du médicament

L'article 46 rend pérenne la visite médicale sous forme collective à l'hôpital faisant suite à l'expérimentation menée depuis 2 ans. Il est précisé que cette disposition permanente fera l'objet d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de Santé auprès des établissements de santé. L'amendement entend insister sur le suivi des préconisations du guide aux établissements de santé élaboré par l'HAS en matière de visite médicale.

6 - AMENDEMENT N°402 présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail), M. Bapt et Mme Lemorton le 19 octobre 2012

ARTICLE 46

À l'alinéa 2, après le mot :

« publique »,

insérer les mots :

« , à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent article pérennise, en améliorant ses conditions de mise en œuvre et en élargissant son champ, l'expérimentation prévue dans la loi du 30 décembre 2011 renforçant la sécurité sanitaire du médicament relative à l'organisation de la visite médicale à l'hôpital sous une forme collective.

L'objectif poursuivi ici est de contribuer à une plus grande maîtrise des prescriptions hospitalières, en particulier des prescriptions hospitalières exécutées en ville, par l'amélioration de la qualité de l'information apportée aux professionnels de santé et le développement du bon usage des produits.

La portée du présent article dépasse toutefois largement le cadre des prescriptions initiales hospitalières puisqu'il concerne potentiellement tous les produits de santé mentionnés au 1° et 2° de l'article L. 5311-1 du code de la santé publique. Il exclut donc aussi les visites en face à face pour les médicaments hospitaliers de prescription restreinte nécessitant un accompagnement spécifique régulier de chaque prescripteur.

L'objet de cet amendement est de recentrer le dispositif proposé sur les médicaments à prescription hospitalière exécutées en ville sur lesquels se concentrent les principaux enjeux financiers, tout en continuant à autoriser les visites individuelles de délégués médicaux pour les autres médicaments. En effet, la suppression de cette modalité d'échange pourrait s'avérer pénalisante pour les prescripteurs s'agissant notamment de pathologies rares.

7 - AMENDEMENT N°573 présenté par M. Paul le 19 octobre 2012

ARTICLE 46

À la fin de l'alinéa 5, substituer aux mots :

« et de rééducation médico-technique »,

les mots :

« , de rééducation et médico-techniques ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle.

f. Amendements rejetés par l'AN

Amendement n° 86 présenté par M. Robinet, Mme Dalloz, M. Lazaro, M. Darmanin, M. Morel-A-LHuissier, Mme Fort, M. Straumann, M. Daubresse, M. Jean-Pierre Vigier, M. Heinrich et Mme Grommerch le 18 octobre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 46

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le visiteur médical est un vecteur d'information indispensable. Il contribue au bon usage du médicament ainsi qu'au suivi de pharmacovigilance en permettant un entretien individuel efficace avec les prescripteurs pour une plus grande sécurité des patients (spécificités de prescription et d'administration, bon usage du médicament, effets secondaires et signalement à la pharmacovigilance,...).

Cet article 46 va à l'encontre d'une visite médicale de qualité et détériorera la sécurité sanitaire du médicament en remettant en place la visite médicale hospitalière collective dans les établissements hospitaliers sans les restrictions votées par l'Assemblée nationale en décembre 2011, mais aussi par l'obligation pour les établissements de faire figurer cette mesure dans leur règlement intérieur.

8 - Amendement n° 109, présenté par M. Lurton, M. Teissier, M. Decool, M. Suguenot, M. Solère, M. Fasquelle, M. Abad, M. Perrut, Mme Nachury, Mme Louwagie, M. Le Ray, M. Gorges, Mme Rohfritsch, M. Fillon, M. Marlin et M. Saddier, le 18 octobre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 46

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 30 de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital. Le dispositif retenu proposait une période d'expérimentation pour deux ans de la visite collective à l'hôpital. Or, cette disposition étend de manière uniforme et définitive la visite collective, sans attendre le bilan de la période d'expérimentation.

L'objet du présent amendement vise à supprimer cet article qui revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé.

9 - Amendement n°157, présenté par M. Tian, Mme Le Callennec, M. Hetzel, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel, le 18 octobre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 46

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article propose de modifier, sans qu'il ait pu être mise en œuvre, l'article 30 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé.

Les modalités de cette expérimentation avaient été calibrées par le législateur qui avait amendé, à plusieurs reprises au cours de la procédure d'examen parlementaire, le dispositif initial proposé par le gouvernement d'alors.

En étendant la visite médicale collective à tous les médicaments, cet article propose de revenir au système qui avait été conçu par le précédent Ministre de la santé.

L'étude d'impact du projet de loi du 29 décembre 2011 évaluait le coût en termes d'emplois à 1.500 personnes (soit environ un tiers des effectifs de visiteurs médicaux hospitaliers), alors même que l'étude annexée au PLFSS évalue l'impact de cette disposition sur l'emploi direct à « aucun ». Compte tenu de la conjoncture économique actuelle, cet article n'est pas opportun.

En outre, il s'agit, au regard de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, d'un cavalier social.

10 -Amendement n° 302, présenté par M. Door et autres

M. Jacquat, Mme Poletti, M. Jacob, M. Accoyer, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparou, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Jean-Pierre Barbier, M. Baroin, M. Bénisti, M. Bertrand, M. Blanc, M. Bonnot, M. Bouchet, M. Breton, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollier, M. Chrétien, M. Christ, M. Cinieri, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentille, M. Courtial, M. Couve, M. Dassault, M. Debré, M. Deflesselles, M. Degauchy, M. Delatte, M. Dhuicq, Mme Dion, M. Dord, M. Douillet, Mme Marianne Dubois, Mme Duby-Muller, M. Estrosi, M. Fenech, M. Foulon, M. Francina, M. Fromion, M. Furst, M. Gandolfi-Scheit, M. Gaymard, M. Guy Geoffroy, Mme Genevard, M. Gérard, M. Gest, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Philippe Gosselin, M. Goujon, Mme Greff, Mme Grosskost, M. Grouard, M. Guaino, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Herbillon, M. Herth, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, Mme de La Raudière, M. Larrivé, M. de La Verpillière, M. Leboeuf, M. Le Fur, M. Lellouche, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, M. Luca, M. Mancel, M. Marc, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Alain Marleix, M. Olivier Marleix, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Mathis, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Moudenc, M. Moyne-Bressand, M. Myard, M. Nicolin, M. Ollier, Mme Pecresse, M. Pélissard, M. Philippe, M. Piron, M. Poisson, M. Poniatowski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reiss, M. Reitzer, M. Reynès, M. Riester, M. de Rocca Serra, M. Salen, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Sordi, Mme Tabarot, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Terrot, M. Tetart, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Vialatte, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth, Mme Zimmermann, M. Zumkeller, M. de Ganay, M. Gibbes, le 19 octobre 2012 (rejeté)

ARTICLE 46

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collège de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face. La discussion avait fait émerger un certain nombre de difficultés et le compromis qui avait été trouvé permettait de créer des conditions permettant d'éviter les dérives publicitaires et de promotion des médicaments pour recentrer la visite médicale sur son rôle important d'information du médecin.

Cette mesure expérimentale devait être suivie en milieu hospitalier pendant une durée limitée à deux ans. Or, l'expérimentation n'est pas terminée et n'a donc fait l'objet d'aucune analyse sur les conditions dans lesquelles

elle peut, le cas échéant être généralisée. Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé, il est donc proposé de supprimer cet article qui n'a pas sa place dans un PLFSS.

g. Compte-rendu des débats – 2^{ème} séance du vendredi 26 octobre 2012

Article 46

M. le président. Plusieurs orateurs sont inscrits sur l'article 46.

La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. L'article 46 concerne la visite médicale. Nous avons tous été alertés au sujet de l'inquiétude des très nombreux visiteurs médicaux de ce pays, qui craignent une diminution drastique de leur activité. Ils se sentent menacés, il faut donc leur répondre.

Nous avons eu ce débat en commission, où j'ai souligné qu'il n'y avait pas, d'un côté, les défenseurs et, de l'autre, les adversaires de la visite médicale. J'ai indiqué également que le métier avait beaucoup changé ces dernières années, qu'il s'était professionnalisé et qu'il devait aujourd'hui obéir à des règles.

Il y a deux ans, une règle a été mise en œuvre par expérimentation : les visiteurs médicaux rencontrent les médecins des structures hospitalières en groupe et non en face-à-face. Une telle mesure m'apparaît légitime. Depuis lors, la Haute autorité de santé a créé des référentiels et nous sommes en mesure aujourd'hui d'inscrire la règle dans le règlement intérieur des hôpitaux. L'article 46 pérennise cette nouvelle disposition relative à la visite médicale. Un amendement, portant sur des cas très particuliers, sera présenté.

Je suis pour ma part favorable à ce qui se pratique déjà dans d'autres pays, notamment aux États-Unis, qui ne sont pas suspects dans ce domaine et obtiennent d'excellents résultats. Eu égard à la qualité de l'information médicale, il est légitime que ce soient des équipes qui reçoivent les visiteurs médicaux.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Nous sommes un certain nombre d'élus à demander la suppression de l'article 46. Le visiteur médical est un vecteur d'information indispensable, qui contribue au bon usage du médicament ainsi qu'au suivi de pharmacovigilance, en permettant un entretien individuel efficace avec les prescripteurs pour une plus grande sécurité des patients, la spécificité de prescription et d'administration, le bon usage du médicament, la connaissance des effets secondaires et le signalement de pharmacovigilance.

Cet article va à l'encontre d'une visite médicale de qualité et détériorera la qualité sanitaire du médicament, car il reprend la visite médicale collective dans les établissements hospitaliers sans les restrictions votées par l'Assemblée nationale en décembre 2011, et il oblige les établissements à faire figurer cette mesure dans leur règlement intérieur. Après de longues discussions, nous étions parvenus à une situation satisfaisante, et je pense qu'il faut en rester là.

M. le président. La parole est à Mme Geneviève Levy.

Mme Geneviève Levy. La loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé a introduit la notion de visite médicale collective à l'hôpital. L'article 46 du PLFSS prévoit de pérenniser cette disposition expérimentale et d'en faciliter la mise en œuvre. Cependant, il supprime l'exemption prévue pour certains médicaments de réserve hospitalière, de prescription initiale hospitalière ou non. Ces médicaments représentent une part minoritaire du nombre de médicaments à disposition des médecins, et il faut rappeler que, dans certains cas, ils sont destinés au traitement de maladies rares et donc prescrits par un nombre restreint de médecins spécialistes à l'hôpital. Par ailleurs, la prescription hospitalière fait déjà l'objet d'un encadrement sans équivalent, dont l'efficacité est avérée.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Je souligne une évolution très préoccupante de nos PLFSS, qui deviennent de plus en plus des projets de loi portant diverses mesures d'ordre social. Ainsi, l'article 46 relève d'une loi sur le médicament. C'est un cavalier législatif ; le Conseil constitutionnel aura à se prononcer sur ce point.

Ensuite, pourquoi revenir sur un dispositif expérimental qui marche bien et qui est en train d'évoluer selon son histoire naturelle ? Derrière cet article précipité, il y a la volonté, une nouvelle fois, de s'en prendre à la visite médicale, qui est pourtant un moyen d'information des équipes soignantes à l'hôpital. Le Gouvernement et la majorité voudraient en faire une séance encadrée, censurée. Il faut un peu de liberté ! Il est naturel que des

professionnels de santé de très haut niveau puissent s'entretenir avec des visiteurs médicaux beaucoup mieux formés que par le passé, qui suivent des formations continues de haut niveau également et apportent des renseignements scientifiques utiles aux équipes soignantes, dans l'intérêt des malades.

Pour toutes ces raisons, l'article 6 n'a pas sa place dans un projet de loi de financement de la Sécurité sociale.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat, pour soutenir l'amendement n° 302, tendant à supprimer l'article 46.

M. Denis Jacquat. Je l'ai défendu en prenant la parole sur l'article.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable. Sans vouloir faire de M. Accoyer la cible permanente de mes propos, je voudrais lui dire qu'il n'a sans doute pas pris connaissance avec suffisamment d'attention de la législation votée alors que M. Xavier Bertrand siégeait au banc du Gouvernement. La visite collective à l'hôpital date de cette époque.

M. Bernard Accoyer. C'est ce que j'ai dit !

M. Christian Paul, rapporteur. Ce n'est pas une invention des dangereux gauchistes de la nouvelle majorité à l'occasion du PLFSS 2013 ! (*Exclamations sur les bancs du groupe UMP.*)

À vous écouter, nous aurions conduit, depuis hier, une dizaine de révolutions, des changements de paradigmes radicaux. C'est très curieux. Une foule de caméras devrait vous attendre devant cet hémicycle pour vous permettre de dénoncer ces bouleversements ! Je le dis pour détendre un peu l'atmosphère, que vous tendez inutilement depuis un moment.

Plus sérieusement, l'idée d'une visite médicale collective n'est pas nouvelle. Un amendement de M. Guy Lefrand avait engagé une expérimentation, qui a tourné court, l'arrêté qui devait en préciser les modalités n'ayant jamais été pris par le précédent gouvernement. Avec l'article 46, nous mettons fin à la période transitoire ; nous nous efforçons de mettre en place un dispositif de visite collective à l'hôpital concernant en particulier les médicaments de prescription hospitalière utilisés en ville, car c'est là que sont les enjeux principaux.

Un amendement apportera quelques nuances au principe, car on a le droit d'être nuancé, mais il faut, même si vous pensez, monsieur Accoyer, que cela n'a rien à faire dans un PLFSS et si vous voulez saisir le Conseil constitutionnel, traiter cet important sujet de politique de santé et de politique du médicament.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable, pour les raisons indiquées par le rapporteur. Le dispositif a été introduit dans la loi par la précédente majorité. Il s'agit de le généraliser à l'ensemble des médicaments, de le pérenniser, et je tiens à rassurer M. Accoyer : ce n'est pas un cavalier puisque la mesure aura un impact direct sur les niveaux de prescription d'un plus grand nombre de médicaments, donc sur les comptes de la Sécurité sociale et les dépenses au titre de l'ONDAM.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff.

Mme Claude Greff. Je souhaite appuyer les propos de M. Accoyer. La suppression de cet article a un véritable sens. Pour avoir travaillé dans les hôpitaux, je sais combien le visiteur médical est important : ce lien entre celui qui fabrique les médicaments et celui qui les prescrit et les administre est nécessaire. Le visiteur médical offre une information aux professionnels de santé, c'est-à-dire à tous les utilisateurs du médicament.

Vous êtes déjà en train de remettre en cause ce qui a été fait il y a très peu de temps, environ une année. Pourquoi vouloir défaire systématiquement tout ce qui a été fait par la précédente majorité ? Je ne comprends pas votre attitude.

Je crois, madame la ministre, que vous êtes aussi consciente que moi de la nécessité de pérenniser l'emploi. Or, par cette action, le Gouvernement va détruire plus de 1 500 emplois, ceux des visiteurs médicaux, dont je rappelle encore une fois l'importance.

Enfin, au vu de la jurisprudence du Conseil constitutionnel, cet article est bien un cavalier social. Pour toutes ces raisons, je demande sa suppression.

(*L'amendement n° 302 n'est pas adopté.*)

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 466.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit d'une codification.

(*L'amendement n° 466, accepté par le Gouvernement, est adopté.*)

M. le président. La parole est à Mme la présidente de la commission des affaires sociales, pour soutenir l'amendement n° 402.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Il ne s'agit pas de stigmatiser la visite médicale. Je rappelle d'ailleurs que le groupe socialiste avait voté sans états d'âme l'amendement de M. Guy Lefrand. Nous ne faisons pas des visiteurs médicaux des boucs émissaires. Nous les avons reçus à l'époque et ils ne demandaient qu'à s'occuper de leur cœur de métier, à savoir l'information, non la promotion. Les syndicats ont tous été très clairs à ce sujet.

Le groupe socialiste avait même déposé un amendement visant à protéger les lanceurs d'alerte, car les visiteurs médicaux sont très importants pour faire remonter les signaux d'alerte de pharmacovigilance. Or, ils nous ont dit, au cours des auditions, que leur direction leur apprenait souvent à contourner la loi : je ne l'invente pas ! Ils ne demandaient, eux, qu'à reprendre leur cœur de métier.

De même, c'est l'ordre des pharmaciens qui a demandé que soient protégés les presque 400 pharmaciens de pharmacovigilance dans les industries, dont certains étaient menacés dans leur emploi lorsqu'ils accumulaient trop de remontées de pharmacovigilance.

La visite médicale est une richesse quand elle est bien utilisée. Mme Greff affirme que nous serons responsables de 1 500 destructions d'emplois. Je l'arrête tout de suite : les stratégies thérapeutiques sont aujourd'hui ciblées. L'activité de visite médicale diminue naturellement car, avec l'arrivée des génériques, un laboratoire de princeps n'a guère d'intérêt à organiser des visites médicales chez tous les praticiens dès lors que son produit est « générique ».

La visite médicale baisse donc de toute façon et on va vers des stratégies très ciblées, avec des fenêtres étroites et des cohortes limitées de patients, ce qui veut dire des médicaments très chers. Pour solvabiliser un tel système, il faut une sécurité sociale qui tienne le choc. C'est en effet une industrie qui est solvabilisée par la Sécurité sociale, par nos cotisations et celles de nos concitoyens. Ce n'est ni révolutionnaire ni gauchiste de le rappeler.

Mais la commission a pensé que l'article du Gouvernement était un peu dur et qu'il faudrait l'adoucir, c'est-à-dire fluidifier le rapport entre le visiteur médical qui veut bien faire son travail d'information et le médecin qui soigne dans une fenêtre thérapeutique étroite. Notre amendement, madame la ministre, vise à éviter de mettre les gens dans l'illégalité. Si la disposition est très drastique, le jour où le médecin se retrouvera seul avec un visiteur médical qui a pris son rendez-vous et qu'il n'aura pas les moyens d'installer une collégialité autour de lui, il sera dans l'illégalité. Je connais les limites et aussi les capacités de contournement de notre amendement, mais il s'agit encore une fois d'alerter, et je m'adresse de nouveau à l'opposition : à partir du moment où vous avez voté la loi d'autonomie des universités, vous avez fait entrer les laboratoires dans les facultés de médecine et de pharmacie, j'en ai donné des exemples précis, vous le savez, lors des débats relatifs à la loi de décembre 2011. Nous sommes donc un peu prisonniers depuis.

M. Bernard Accoyer. Oh !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Monsieur Accoyer, vous ne participiez pas aux débats à l'époque. J'avais donné l'exemple des accords passés par Sanofi avec la faculté d'Auvergne pour créer une filiale – une filière voulais-je dire, mais c'est un lapsus révélateur. Il s'agissait d'une filière de formation des médecins par l'industrie pharmaceutique !

M. Bernard Accoyer. C'est ce qui se passe dans tous les pays du monde.

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Je pensais qu'une faculté demeurait du domaine régalien de l'État, surtout quand il s'agit de la médecine et la sécurité sanitaire.

M. Bernard Accoyer. C'est le XIX^e siècle !

Mme Catherine Lemorton, *présidente de la commission des affaires sociales*. Je tiens à redire que nous ne sommes pas les voraces qui veulent manger la visite médicale. Nous avons auditionné les visiteurs tout un après-midi l'année dernière et voici ce que nous avons vu : plutôt des gens qui ne savaient plus où ils en étaient, notamment parce que leur direction leur mettait une pression pas possible. Il s'agit de savoir comment faire pour éviter que les intéressés, s'ils pratiquent un colloque singulier, ne soient dans l'illégalité.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Madame la présidente de la commission, vous m'avez laissé entendre que nous pourrions réfléchir ensemble à vos préoccupations et que vous seriez susceptible de retirer votre amendement. Je comprends parfaitement votre souci de trouver un moyen pour garantir la sécurité juridique des personnes concernées.

M. Bernard Accoyer. C'est de la paranoïa !

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Mais je suis très dubitative quant à la capacité quasiment matérielle d'établir une distinction entre les types de médicaments et de restreindre la procédure que le Gouvernement

propose aux médicaments à prescription hospitalière exécutée en ville en laissant de côté ceux à usage strictement hospitalier. Je doute que les personnes visitées puissent faire la différence dans leur activité au quotidien. Elles administreront des médicaments qui, pour certains, en resteront à un usage hospitalier et qui, pour d'autres, pourront être utilisés ultérieurement en ville. Votre proposition est techniquement très compliquée. Vous qui recherchez un renforcement de la sécurité, vous risquez de la fragiliser parce que les intéressés ne sauraient pas comment se positionner, faute de savoir si le médicament est ensuite destiné à être utilisé en ville. Je vous demande donc de retirer votre amendement.

M. Bernard Accoyer. Voilà !

Mme Claude Greff. Je suis d'accord avec la ministre !

M. Bruno Le Maire. Elle est très bien cette ministre ! (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

M. Gérard Bapt, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Un mot à Mme Greff, qui veut supprimer le dispositif présenté par le Gouvernement alors qu'il simplifie beaucoup les choses par rapport à celui qu'avait mis en place en son temps M. Xavier Bertrand. Elle nous a annoncé que ce nouveau dispositif allait aboutir à des milliers de suppressions d'emplois de visiteurs médicaux. Ce discours est particulièrement pervers, aujourd'hui vis-à-vis de Mme Touraine, hier lorsqu'il avait été tenu à l'encontre de son prédécesseur, M. Xavier Bertrand, parce que la décroissance des effectifs de visiteurs médicaux est inscrite dans l'histoire récente du médicament : plus il y a de médicaments qui tombent dans le droit commun et sont donc remplacés par des génériques, plus il y a de produits qui n'offrent plus d'intérêt pour le marketing auprès des médecins. C'est une étape historique de transition pour l'industrie pharmaceutique dans la façon dont elle développe son marketing.

Second élément : chers collègues de l'opposition, certains d'entre vous nous disent, c'est notamment le discours de M. Accoyer, que l'industrie pharmaceutique est en danger. Pour ma part, je sais qu'il y a des sites en danger quand elle supprime des emplois, particulièrement à Toulouse où 400 emplois sont en jeu. Je prends les pages « Économie » du *Figaro*, une référence qui doit mériter votre considération, et je lis un titre : « Sanofi aperçoit le bout du tunnel ». Il est écrit que, malgré un recul de 3 % du chiffre d'affaires au troisième trimestre, son directeur général est convaincu que cela va être compensé par l'augmentation des ventes dans les pays émergents et par l'explosion des ventes sur tel ou tel produit, notamment ceux de la division diabète et de la division maladies rares. Ne nous dites donc pas qu'une telle disposition motive le retrait de Sanofi de son pôle de recherche à Toulouse et pourrait aboutir à la disparition de milliers d'emplois de visiteurs médicaux.

En ce qui concerne l'amendement que j'ai déposé avec Mme Lemorton, nous le soutenons en toute confiance parce que nous avons aussi écouté les syndicats représentant les visiteurs médicaux et que nous ne voulons pas que l'on puisse accuser Mme Touraine, après M. Bertrand, d'être responsable de plans sociaux. Voilà pourquoi nous pensons en toute conscience devoir le maintenir. Si le dispositif prévu par la loi exclut de l'obligation collective les médicaments à prescription hospitalière exclusive, la visite individuelle se fera uniquement auprès de praticiens hospitaliers, de cliniciens, de chercheurs cliniques, qui savent absolument au plan scientifique comment ils mènent leurs recherches et prescrivent leurs médicaments. Ils seront donc beaucoup moins influençables que des médecins que l'information scientifique peut bousculer dans leur activité quotidienne.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Il y a une maladie qu'il faudrait éviter dans cet hémicycle : celle de regarder constamment dans le rétroviseur. On nous parle du passé, de Xavier Bertrand, etc.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Il était ministre de la santé il y a encore cinq mois !

M. Denis Jacquat. Raison de plus, mon cher collègue. Après une longue discussion à l'époque, nous sommes arrivés à une situation qui donne satisfaction. Avec le recul, on voit que le dispositif fonctionne très bien. Nous aussi, nous avons reçu les syndicats des visiteurs médicaux et je pense qu'ils nous ont tenu exactement les mêmes propos qu'à vous. Ils souhaitent que la situation actuelle perdure, qu'on ne revienne pas en arrière sur ce point. Mme la ministre, en demandant le retrait de cet amendement, a une fois de plus agi avec beaucoup de sagesse – les après-midi vous vont très bien, madame la ministre. (*Sourires.*)

M. Bruno Le Maire. C'est vrai !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Christian Paul, rapporteur. Tout d'abord, il est de mon devoir de rapporteur de rappeler que notre commission a donné un avis favorable à cet amendement. J'entends bien l'observation de Mme Touraine : il y aurait effectivement des difficultés pratiques à distinguer tel ou tel type de médicaments dans l'exercice quotidien de la fonction médicale. Néanmoins l'amendement a un objectif précis et très circonscrit.

Mme Marisol Touraine, ministre. Ça ne marcherait pas.

M. Christian Paul, rapporteur. S'agissant de pathologies rares pour lesquelles il n'y a pas forcément une équipe dans l'hôpital, parfois seulement un spécialiste reconnu mais isolé, il est compliqué d'organiser une visite collective.

M. Denis Jacquat. Très juste !

M. Christian Paul, rapporteur. Tel est le sens de l'amendement. Je souligne qu'il s'agit de cas extrêmement rares. Il appartient à Mme Lemorton et à M. Bapt de nous dire ce qu'ils souhaitent faire.

M. le président. La parole est à M. Gérard Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Le groupe SRC soutiendra cet amendement car le face-à-face entre un hyperspécialiste hospitalier et le visiteur médical qui vient lui apporter une information très spécifique ne me paraît présenter aucun risque. De plus, l'organisation d'un tel colloque ne me semble pas particulièrement compliquée.

(L'amendement n° 402 est adopté.)

M. le président. Je suis saisi de trois amendements rédactionnels, n^{os} 572, 573, 574, présentés par M. Paul.

(Les amendements n^{os} 572, 573 et 574, acceptés par le Gouvernement, sont successivement adoptés.)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements identiques, n^{os} 406 et 542.

La parole est à M. le rapporteur, pour soutenir l'amendement n° 406.

M. Christian Paul, rapporteur. Je laisse le soin à M. Sebaoun de défendre ces amendements que la commission a adoptés à son initiative.

M. le président. Je vous en prie, monsieur Sebaoun.

M. Gérard Sebaoun. Suite aux nombreux travaux dont a fait l'objet la visite médicale – entre autres un référentiel de certification et un guide aux établissements de santé –, nous entendons avec ces amendements affirmer le rôle de la visite médicale, qu'un rapport de l'IGAS de juin 2011 sur la pharmacovigilance et la gouvernance avait malmenée. L'article 46 prévoit que la disposition pérenne qu'il établit fera l'objet d'une évaluation conduite par la Haute autorité de santé auprès des établissements de santé. Nos amendements visent à inclure dans l'évaluation le suivi des préconisations du guide aux établissements de santé élaboré par la HAS.

(Les amendements identiques n^{os} 406 et 542, acceptés par le Gouvernement, sont adoptés.)

(L'article 46, amendé, est adopté.)

2. Sénat

a. Projet de loi

Article 46

I. - Après l'article L. 5122-9-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5122-9-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5122-9-2. - L'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État et selon des modalités fixées dans le règlement intérieur de l'établissement. »

II. - L'article L. 6143-7 du même code est ainsi modifié :

1° Après le 16°, il est inséré un 17° ainsi rédigé :

« 17° Arrête, en application de l'article L. 5122-9-2, les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. »

2° À la première phrase du deuxième alinéa, la référence : « 15° » est remplacée par la référence : « 17° ».

III. - Le troisième alinéa de l'article L. 6161-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En application de l'article L. 5122-9-2, le représentant légal de l'établissement définit les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la conférence médicale d'établissement. »

IV. - À l'issue d'un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan du dispositif prévu à l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique, réalisé à partir d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé portant notamment sur le volume et la pertinence des prescriptions hospitalières. Ce rapport propose les évolutions législatives découlant du bilan, notamment sur le suivi par les établissements de santé des préconisations qu'elle formule en matière de visite médicale ainsi qu'en ce qui concerne l'élargissement des dispositions en cause aux dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique ainsi que leur éventuelle adaptation à la médecine de ville.

V (nouveau). - Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est abrogé.

b. Rapport n° 107 Tome VII de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy - Examen des articles, déposé le 7 novembre 2012

Article 46 (art. 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé ; art. L. 6143-7 et L. 6161-2 du code de la santé publique) - Encadrement de la visite médicale à l'hôpital

Objet : Cet article propose de mettre en place un dispositif pérenne de visite médicale collective à l'hôpital

I - Le dispositif proposé

Cet article se compose de quatre parties.

Le paragraphe I modifie l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament. Il remplace l'expérimentation prévue par cet article par un dispositif pérenne tendant à encadrer la visite médicale à l'hôpital. Le démarchage ou la prospection pour les médicaments et les produits contraceptifs et contragestifs ne pourra avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat et selon des modalités précisées dans le règlement intérieur de l'établissement.

Le paragraphe II modifie l'article L. 6143-7 du code de la santé publique relatif aux pouvoirs du directeur d'un établissement hospitalier public pour préciser qu'il arrête les modalités de la visite médicale collective après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers et de rééducation médico-technique.

Il procède également à une coordination au sein de l'article.

Le paragraphe III ajoute à l'article L. 6161-2 du code de la santé publique, relatif aux pouvoirs de la conférence médicale dans les établissements de santé privés, l'obligation pour le représentant légal de l'établissement de définir, après avis de la conférence médicale, les modalités de la visite médicale collective.

Le paragraphe IV prévoit la remise au Parlement, deux ans après la mise en oeuvre de la mesure, d'un rapport d'évaluation. Celui-ci sera élaboré à partir d'une évaluation faite par la Haute Autorité de santé (HAS) portant notamment sur le volume et la pertinence des prescriptions hospitalières. Il comportera des propositions pour l'extension de la visite médicale collective aux dispositifs médicaux et à la médecine de ville.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté sur cet article :

- plusieurs amendements rédactionnels ou de codification ;
- deux amendements tendant à ce que le rapport d'évaluation prenne en compte le suivi des préconisations du guide aux établissements de santé élaboré par la HAS en matière de visite médicale ;
- un amendement tendant à exclure les médicaments hospitaliers de prescription restreinte du champ de la visite médicale à l'hôpital.

III - La position de votre rapporteur

Cette mesure tend à mettre en oeuvre une disposition de la loi relative au renforcement de la sécurité du médicament qui était prévue à titre expérimental mais dont les arrêtés de mise en oeuvre n'ont jamais été pris.

Si l'enjeu de cette mesure est important en matière de renforcement de la sécurité sanitaire en ce qu'il garantit une plus grande transparence de l'information donnée aux professionnels de santé, votre rapporteur s'interroge sur son impact financier.

Le rapport d'évaluation prévu à partir des travaux de la HAS permettra sur ce point d'avoir une vision plus précise.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

c. Compte-rendu des débats –

Rejet du texte par le Sénat

B. Commission mixte paritaire : désaccord

- a. Rapport déposé le 20 novembre 2012 par M. Gérard Bapt rapporteur, mis en ligne le 22 novembre 2012 à 17 heures 40, sous le n° 421 à l'Assemblée nationale et par M. Yves Daudigny rapporteur, sous le n° 137 au Sénat**

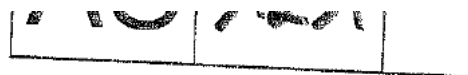
La commission mixte paritaire constate qu'elle ne peut parvenir à élaborer un texte commun sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Amendements adoptés par la Commission

1 - Amendement n) AS 121 présenté par M. Paul



À la dernière phrase de l'alinéa 9, substituer aux mots :

« qu'elle »,

les mots :

« que la Haute autorité ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision.

2 - Amendement n° 122 présenté par M. Paul

Article 46



À la dernière phrase de l'alinéa 9, substituer aux mots :

« en cause »,

les mots :

« de l'article L. 5122-9-2 précité ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision.

b. Amendements rejetés par la Commission

1 - Amendement n°AS 27 présenté par Arnaud Robinet (rejeté)

ARTICLE 46

Supprimer cet article

EXPOSE SOMMAIRE

Cet article propose de modifier, sans qu'il ait pu être mise en œuvre, l'article 30 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé.

Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé, il est donc proposé de supprimer cet article qui n'a pas sa place dans un PLFSS.

**2 - Amendement n° AS 65 présenté par Dominique Tian, Isabelle le Callennec
(rejeté)**

ARTICLE 46

Supprimer cet article

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article propose de modifier, sans qu'il ait pu être mise en œuvre, l'article 30 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé. Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé alors.

Il est donc proposé de supprimer cet article qui, de surcroît, n'a pas sa place dans un PLFSS.

3 - Amendement n° AS 101 présenté par Mme Polett, MM Door, Jacquat, Accoyer, Mme Boyer, MM. Cherpion, Delatte, Dord, Guaino, Mme Le Calennec, Leonetti, Lett, Mmes Levy, Louwagie, Mm Lurton, Marcangeli, Morange, Perrut, Robinet, Sire, Tian, Vialate (rejeté)

Présenté par Mme Bérengère POLETTI, MM Jean-Pierre DOOR, Denis JACQUAT, Bernard ACCOYER, Mme Valérie BOYER, MM Gérard CHERPION, Rémi DELATTE, Dominique DORD, Henri GUAINO, Mme Isabelle LE CALLENNEC, Jean LEONETTI, Céleste LETT, Mmes Geneviève LEVY, Véronique LOUWAGIE, MM Gilles LURTON, Laurent MARCANGELI, Pierre MORANGE, Bernard PERRUT, Arnaud ROBINET, Fernand SIRE, Dominique TIAN, Jean-Sébastien VIALATTE, Députés.

Article 46

Supprimer cet article

Exposé sommaire :

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collège de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face. La discussion avait fait émerger un certain nombre de difficultés et le compromis qui avait été trouvé permettait de créer des conditions permettant d'éviter les dérives publicitaires et de promotion des médicaments pour recentrer la visite médicale sur son rôle important d'information du médecin.

Cette mesure expérimentale devait être suivie en milieu hospitalier pendant une durée limitée à deux ans. Or, l'expérimentation n'est pas terminée et n'a donc fait l'objet d'aucune analyse sur les conditions dans lesquelles elle peut, le cas échéant être généralisée. Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé, il est donc proposé de supprimer cet article qui n'a pas sa place dans un PLFSS.

4 - Amendement n° AS 29, présenté par Arnaud Robinet (rejeté)

ARTICLE 46

A l'alinéa 2, remplacer les mots :

« et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, »

par les mots :

« , de ceux à prescription et délivrance hospitalières et de ceux à prescription initiale hospitalière, »

EXPOSE SOMMAIRE

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collège de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face, à l'exception de trois catégories de médicaments à prescription restreinte, des médicaments réservés à l'usage hospitalier, à prescription et délivrance hospitalières et à prescription initiale hospitalière.

La réforme de la visite médicale devait constituer une expérimentation durant deux années. Or, celle-ci n'est pas terminée et n'ont pas été analysées les conditions dans lesquelles elle pourrait devenir pérenne.

Le texte gouvernemental de cet article 46 est revenu sur l'équilibre qui avait été trouvé avec la loi de décembre 2011. En effet, il a inclus dans la visite médicale collective hospitalière les médicaments à prescription restreinte, très spécialisés, qui nécessitent un lien privilégié entre le délégué médical et le spécialiste hospitalier.

Un amendement à l'Assemblée nationale a certes rétabli l'exclusion de la visite collective de deux catégories de médicaments à prescription restreinte sur les trois mentionnés à l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011. Mais il n'est plus question des médicaments de prescription initiale hospitalière. Or, tout comme les médicaments de réserve hospitalière et de prescription et délivrance hospitalière, ces médicaments nécessitent un accompagnement spécifique régulier de chaque prescripteur pour l'informer des modifications d'AMM, de sa spécificité de prescription et d'administration, de la tolérance du produit, et recueillir ses effets secondaires.

Ces médicaments offrent l'avantage de permettre aux malades (cancéreux par exemple) de poursuivre leur traitement à domicile, tout en conservant un lien privilégié avec leur spécialiste hospitalier qui demeure le plus souvent le prescripteur. Même si le renouvellement du traitement s'effectue occasionnellement via un médecin généraliste de ville, la poursuite d'un traitement à domicile représente une économie considérable pour la sécurité sociale.

Si l'on souhaite transformer une expérimentation prévue sur deux ans en un dispositif pérenne, il convient de conserver les trois catégories de médicaments exclues de la réforme de la visite médicale. Il s'agit d'une nécessité impérative de santé publique.

5 - Amendement n°AS 66, présenté par Dominique Tian et Isabelle le Callennec (rejeté)

ARTICLE 46

A l'alinéa 2, remplacer les mots :

« et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, »

par les mots :

« , de ceux à prescription et délivrance hospitalières et de ceux à prescription initiale hospitalière, »

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collège de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face, à l'exception de trois catégories de médicaments à prescription restreinte, des médicaments réservés à l'usage hospitalier, à prescription et délivrance hospitalières et à prescription initiale hospitalière.

La réforme de la visite médicale devait constituer une expérimentation durant deux années. Or, celle-ci n'est pas terminée et n'ont pas été analysées les conditions dans lesquelles elle pourrait devenir pérenne.

Le texte gouvernemental de cet article 46 est revenu sur l'équilibre qui avait été trouvé avec la loi de décembre 2011. En effet, il a inclu dans la visite médicale collective hospitalière les médicaments à prescription restreinte, très spécialisés, qui nécessitent un lien privilégié entre le délégué médical et le spécialiste hospitalier.

Un amendement à l'Assemblée nationale a certes rétabli l'exclusion de la visite collective de deux catégories de médicaments à prescription restreinte sur les trois mentionnés à l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011. Mais il n'est plus question des médicaments de prescription initiale hospitalière. Or, tout comme les médicaments de réserve hospitalière et de

prescription et délivrance hospitalière, ces médicaments nécessitent un accompagnement spécifique régulier de chaque prescripteur pour l'informer des modifications d'AMM, de sa spécificité de prescription et d'administration, de la tolérance du produit, et recueillir ses effets secondaires.

Ces médicaments offrent l'avantage de permettre aux malades (cancéreux par exemple) de poursuivre leur traitement à domicile, tout en conservant un lien privilégié avec leur spécialiste hospitalier qui demeure le plus souvent le prescripteur. Même si le renouvellement du traitement s'effectue occasionnellement via un médecin généraliste de ville, la poursuite d'un traitement à domicile représente une économie considérable pour la sécurité sociale.

Si l'on souhaite transformer une expérimentation prévue sur deux ans en un dispositif pérenne, il convient de conserver les trois catégories de médicaments exclues de la réforme de la visite médicale. Il s'agit d'une nécessité impérative de santé publique.

- c. **Rapport 430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt (recettes et équilibre général), Christian Paul (assurance maladie et accidents du travail), Mme Martine Pinville (médico-social), M. Michel Issindou (assurance vieillesse) et Mme Geneviève Levy (famille)**

Article 46

(art. 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2012 ; art. L. 6143-7 et L. 6161-2 du code de la santé publique) **Encadrement de la visite médicale à l'hôpital**

Cet article vise à imposer l'organisation des visites médicales de promotion des produits de santé dans les établissements de santé sous une forme exclusivement collective, encadrée par le règlement intérieur de ces établissements.

Afin de recentrer le dispositif proposé sur les médicaments à prescription hospitalière exécutées en ville, sur lesquels portent les principaux enjeux financiers, tout en continuant à autoriser les visites individuelles de délégués médicaux pour les autres médicaments, un amendement de votre commission des affaires sociales, adopté à l'initiative de Mme Catherine Lemorton et de M. Gérard Bapt, a exclu du champ du présent article les médicaments réservés à l'usage hospitalier et ceux à prescription et délivrance hospitalières.

*

La Commission examine les amendements de suppression identiques AS 27 de M. Arnaud Robinet, AS 65 de M. Dominique Tian et AS 101 de Mme Bérengère Poletti.

M. Arnaud Robinet. L'article 46 vise à modifier, sans qu'il ait pu être mis en œuvre, l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament, qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé. Il revient, sans concertation, sur l'équilibre trouvé à l'époque et, sans portée financière, n'a pas sa place dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous proposons donc de le supprimer.

M. Jean-Pierre Door. Nous proposons de revenir à ce qui avait été voté l'année dernière, dans la loi sur le médicament, puis supprimé lors de la première lecture du présent texte. La visite médicale collective à l'hôpital étant difficile à organiser, nous souhaitons qu'elle soit expérimentée pendant deux ans avant d'adopter une mesure définitive.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. Ces amendements ont déjà été rejetés en première lecture.

M. Dominique Tian. Si la majorité est cohérente, elle votera ces amendements.

La Commission **rejette** les amendements AS 27, AS 65 et AS 101.

Puis elle est saisie des amendements identiques AS 29 de M. Arnaud Robinet et AS 66 de M. Dominique Tian.

M. Arnaud Robinet. Cet amendement traite encore de la visite médicale en essayant de retrouver l'équilibre défini, de façon consensuelle, lors de la discussion de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament.

Mme la présidente Catherine Lemorton. L'amendement que j'avais déposé avec Gérard Bapt sur les médicaments à prescription et délivrance hospitalières visait précisément à assouplir les conditions de la visite médicale proposées par le Gouvernement, dans un souci commun avec celui que vous exprimez. Vous devriez donc voter l'article en l'état.

M. Gérard Bapt. Aussi bien pour les établissements que pour les entreprises, l'article 46 présente le mérite de simplifier, en le renvoyant au règlement intérieur de l'hôpital, le dispositif mis en place dans le cadre de la loi sur le médicament. Les conventions au cas par cas sont source de complexité de surcharge administrative.

L'amendement d'Arnaud Robinet vise à remettre en cause l'exclusion des médicaments à prescription hospitalière initiale suivie en médecine de ville du dispositif d'encadrement des visites médicales. Or on connaît les pratiques de contournement de la règle : certains laboratoires fournissent presque gratuitement aux hôpitaux des médicaments que ceux-ci ont donc tendance à utiliser, mais ils les factureront très différemment au stade de l'officine.

M. Christian Paul, rapporteur. Défavorable. Ces amendements videraient de sa substance tout le dispositif relatif aux visites médicales hospitalières.

La Commission **rejette** les amendements AS 29 et AS 66.

Puis elle **adopte** successivement les amendements de précision AS 121 et AS 122 de M. Christian Paul, rapporteur.

La Commission **adopte** ensuite l'article 46 **modifié**.

d. Amendements adoptés par l'AN

1 - AMENDEMENT N°62 présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail) le 22 novembre 2012

ARTICLE 46

À la seconde phrase de l'alinéa 9, substituer aux mots :

« qu'elle »

les mots :

« que la Haute autorité ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision.

2 - AMENDEMENT N°63 présenté par M. Paul, rapporteur au nom de la commission des affaires sociales (assurance maladie et accidents du travail) le 22 novembre 2012

ARTICLE 46

À la seconde phrase de l'alinéa 9, substituer aux mots :

« en cause »

les mots :

« de l'article L. 5122-9-2 précité ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision.

e. Amendements rejetés par l'AN

1 - Amendement n° 144, présenté par M. Tian, M. Hetzel, Mme Le Callennec, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel, le 22 novembre 2012 (rejeté)

ARTICLE 46

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article propose de modifier, sans qu'il ait pu être mise en œuvre, l'article 30 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé. Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé alors.

Il est donc proposé de supprimer cet article qui, de surcroît, n'a pas sa place dans un PLFSS.

2 - Amendement n°179, présenté par M. Door et autres

(M. Jacquat, Mme Poletti, M. Abad, M. Albarello, Mme Ameline, M. Apparù, M. Aubert, M. Audibert Troin, M. Balkany, M. Jean-Pierre Barbier, M. Baroin, M. Bénisti, M. Bertrand, M. Blanc, M. Bonnot, M. Bouchet, M. Breton, M. Briand, M. Brochand, M. Bussereau, M. Carré, M. Carrez, M. Censi, M. Chartier, M. Chatel, M. Cherpion, M. Chevrollier, M. Chrétien, M. Christ, M. Cinieri, M. Ciotti, M. Cochet, M. Copé, M. Cornut-Gentile, M. Courtial, M. Couve, Mme Dalloz, M. Darmanin, M. Dassault, M. Daubresse, M. de Ganay, Mme de La Raudière, M. de La Verpillière, M. de Mazières, M. de Rocca Serra, M. Debré, M. Deflesselles, M. Degauchy, M. Delatte, M. Dhuicq, Mme Dion, M. Dord, M. Douillet, Mme Marianne Dubois, Mme Duby-Muller, M. Estrosi, M. Fenech, M. Fillon, M. Foulon, M. Francina, M. Fromion, M. Furst, M. Gaymard, Mme Genevard, M. Guy Geoffroy, M. Gérard, M. Gest, M. Gibbes, M. Gilard, M. Ginesta, M. Ginesy, M. Giran, M. Goasguen, M. Gorges, M. Philippe Gosselin, M. Goujon, Mme Greff, Mme Grosskost, M. Grouard, M. Guaino, Mme Guégot, M. Guibal, M. Guillet, M. Guilloteau, M. Heinrich, M. Herbillon, M. Herth, M. Houillon, M. Huet, M. Huyghe, M. Jacob, M. Kert, Mme Kosciusko-Morizet, M. Kossowski, M. Labaune, Mme Lacroute, M. Laffineur, M. Lamblin, M. Lamour, M. Larrivé, M. Lazaro, M. Le Fur, M. Le Maire, M. Le Mèner, M. Le Ray, M. Leboeuf, M. Lellouche, M. Leonetti, M. Lequiller, M. Lett, Mme Levy, Mme Louwagie, M. Luca, M. Lurton, M. Mancel, M. Marc, M. Marcangeli, M. Mariani, M. Mariton, M. Alain Marleix, M. Olivier Marleix, M. Marlin, M. Marsaud, M. Philippe Armand Martin, M. Martin-Lalande, M. Marty, M. Meslot, M. Meunier, M. Mignon, M. Morange, M. Morel-A-LHuissier, M. Moudenc, M. Moyne-Bressand, M. Myard, Mme Nachury, M. Nicolin, M. Ollier, Mme Pecresse, M. Pélissard, M. Perrut, M. Philippe, M. Piron, M. Poisson, M. Poniatoski, Mme Pons, M. Priou, M. Quentin, M. Reitzer, M. Reynès, M. Riester, Mme Rohfritsch, M. Saddier, M. Salen, M. Scellier, Mme Schmid, M. Schneider, M. Sermier, M. Siré, M. Solère, M. Sordi, M. Surni, M. Suguenot, Mme Tabarot, M. Tardy, M. Taugourdeau, M. Teissier, M. Terrot, M. Tetart, M. Vannson, Mme Vautrin, M. Vialatte, M. Voisin, M. Warsmann, M. Wauquiez, M. Woerth et Mme Zimmermann), le 22 novembre 2012, (rejeté)

ARTICLE 46

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collège de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face. La discussion avait fait émerger un certain nombre de difficultés et le compromis qui avait été trouvé permettait de créer des conditions permettant d'éviter les dérives publicitaires et de promotion des médicaments pour recentrer la visite médicale sur son rôle important d'information du médecin.

Cette mesure expérimentale devait être suivie en milieu hospitalier pendant une durée limitée à deux ans. Or, l'expérimentation n'est pas terminée et n'a donc fait l'objet d'aucune analyse sur les conditions dans lesquelles elle peut, le cas échéant être généralisée. Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé, il est donc proposé de supprimer cet article qui n'a pas sa place dans un PLFSS.

3 - Amendement n° 188, présenté par M. Accoyer, le 22 novembre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 46

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article propose de modifier, sans qu'il ait pu être mise en œuvre, l'article 30 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé.

Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé, il est donc proposé de supprimer cet article qui n'a pas sa place dans un PLFSS.

4 - Amendement n°215, présenté par Vercamer le 22 novembre 2012 rejeté)

ARTICLE 46

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article revient sur l'expérimentation mise en œuvre par la loi du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament, et relative à l'organisation de la visite médicale à l'hôpital, de manière à ce que celle-ci se déroule devant un collègue de professionnels et non plus avec un seul praticien. Cette expérimentation devait se dérouler en milieu hospitalier pendant une durée limitée de deux ans. N'étant pas arrivée à son terme, celle-ci n'a pas pu faire l'objet d'une étude approfondie, préalable indispensable à toute mesure de généralisation. L'article 46 de ce PLFSS opérant cette généralisation, le présent amendement propose sa suppression.

5 - Amendement n°45, présenté par M. Robinet et autres

(M. Mathis, Mme Grommerch, M. Gandolfi-Scheit, M. Jacquat, M. Jean-Pierre Vigier, M. Reiss, M. Fasquelle, Mme Dalloz, Mme Fort, M. Decool et M. Straumann), le 22 novembre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 46

À l'alinéa 2, substituer aux mots :

« et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, »

les mots :

« , de ceux à prescription et délivrance hospitalières et de ceux à prescription initiale hospitalière, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collègue de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face, à l'exception de trois catégories de médicaments à prescription restreinte, des médicaments réservés à l'usage hospitalier, à prescription et délivrance hospitalières et à prescription initiale hospitalière.

La réforme de la visite médicale devait constituer une expérimentation durant deux années. Or, celle-ci n'est pas terminée et n'ont pas été analysées les conditions dans lesquelles elle pourrait devenir pérenne.

Le texte gouvernemental de cet article 46 est revenu sur l'équilibre qui avait été trouvé avec la loi de décembre 2011. En effet, il a inclus dans la visite médicale collective hospitalière les médicaments à prescription restreinte, très spécialisés, qui nécessitent un lien privilégié entre le délégué médical et le spécialiste hospitalier.

Un amendement à l'Assemblée nationale a certes rétabli l'exclusion de la visite collective de deux catégories de médicaments à prescription restreinte sur les trois mentionnés à l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011. Mais il n'est plus question des médicaments de prescription initiale hospitalière. Or, tout comme les médicaments de réserve hospitalière et de prescription et délivrance hospitalière, ces médicaments nécessitent un accompagnement spécifique régulier de chaque prescripteur pour l'informer des modifications d'AMM, de sa spécificité de prescription et d'administration, de la tolérance du produit, et recueillir ses effets secondaires.

Ces médicaments offrent l'avantage de permettre aux malades (cancéreux par exemple) de poursuivre leur traitement à domicile, tout en conservant un lien privilégié avec leur spécialiste hospitalier qui demeure le plus souvent le prescripteur. Même si le renouvellement du traitement s'effectue occasionnellement via un médecin généraliste de ville, la poursuite d'un traitement à domicile représente une économie considérable pour la sécurité sociale.

Si l'on souhaite transformer une expérimentation prévue sur deux ans en un dispositif pérenne, il convient de conserver les trois catégories de médicaments exclues de la réforme de la visite médicale. Il s'agit d'une nécessité impérative de santé publique.

6 - Amendement n°145, présenté par M. Tian et Mme Le Callennec, le 22 novembre 2012 (rejeté)

ARTICLE 46

À l'alinéa 2, substituer aux mots :

« et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, »

les mots :

« , de ceux à prescription et délivrance hospitalières et de ceux à prescription initiale hospitalière, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collège de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face, à l'exception de trois catégories de médicaments à prescription restreinte, des médicaments réservés à l'usage hospitalier, à prescription et délivrance hospitalières et à prescription initiale hospitalière.

La réforme de la visite médicale devait constituer une expérimentation durant deux années. Or, celle-ci n'est pas terminée et n'ont pas été analysées les conditions dans lesquelles elle pourrait devenir pérenne.

Le texte gouvernemental de cet article 46 est revenu sur l'équilibre qui avait été trouvé avec la loi de décembre 2011. En effet, il a inclus dans la visite médicale collective hospitalière les médicaments à prescription restreinte, très spécialisés, qui nécessitent un lien privilégié entre le délégué médical et le spécialiste hospitalier.

Un amendement à l'Assemblée nationale a certes rétabli l'exclusion de la visite collective de deux catégories de médicaments à prescription restreinte sur les trois mentionnés à l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011. Mais il n'est plus question des médicaments de prescription initiale hospitalière. Or, tout comme les médicaments de réserve hospitalière et de prescription et délivrance hospitalière, ces médicaments nécessitent un accompagnement spécifique régulier de chaque prescripteur pour l'informer des modifications d'AMM, de sa spécificité de prescription et d'administration, de la tolérance du produit, et recueillir ses effets secondaires.

Ces médicaments offrent l'avantage de permettre aux malades (cancéreux par exemple) de poursuivre leur traitement à domicile, tout en conservant un lien privilégié avec leur spécialiste hospitalier qui demeure le plus souvent le prescripteur. Même si le renouvellement du traitement s'effectue occasionnellement via un médecin généraliste de ville, la poursuite d'un traitement à domicile représente une économie considérable pour la sécurité sociale.

Si l'on souhaite transformer une expérimentation prévue sur deux ans en un dispositif pérenne, il convient de conserver les trois catégories de médicaments exclues de la réforme de la visite médicale. Il s'agit d'une nécessité impérative de santé publique.

7 - Amendement n°187, présenté par M. Accoyer le 22 novembre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 46

À l'alinéa 2, substituer aux mots :

« et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, »

les mots :

« , de ceux à prescription et délivrance hospitalières et de ceux à prescription initiale hospitalière, ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament a réorganisé la visite médicale à l'hôpital pour que celle-ci ait lieu devant un collège de plusieurs professionnels de santé et non plus avec un seul praticien en face à face, à l'exception de trois catégories de médicaments à prescription restreinte, des médicaments réservés à l'usage hospitalier, à prescription et délivrance hospitalières et à prescription initiale hospitalière.

La réforme de la visite médicale devait constituer une expérimentation durant deux années. Or, celle-ci n'est pas terminée et n'ont pas été analysées les conditions dans lesquelles elle pourrait devenir pérenne.

Le texte gouvernemental de cet article 46 est revenu sur l'équilibre qui avait été trouvé avec la loi de décembre 2011. En effet, il a inclus dans la visite médicale collective hospitalière les médicaments à prescription restreinte, très spécialisés, qui nécessitent un lien privilégié entre le délégué médical et le spécialiste hospitalier.

Un amendement à l'Assemblée nationale a certes rétabli l'exclusion de la visite collective de deux catégories de médicaments à prescription restreinte sur les trois mentionnés à l'article 30 de la loi du 29 décembre 2011. Mais il n'est plus question des médicaments de prescription initiale hospitalière. Or, tout comme les médicaments de réserve hospitalière et de prescription et délivrance hospitalière, ces médicaments nécessitent un accompagnement spécifique régulier de chaque prescripteur pour l'informer des modifications d'AMM, de sa spécificité de prescription et d'administration, de la tolérance du produit, et recueillir ses effets secondaires.

Ces médicaments offrent l'avantage de permettre aux malades (cancéreux par exemple) de poursuivre leur traitement à domicile, tout en conservant un lien privilégié avec leur spécialiste hospitalier qui demeure le plus souvent le prescripteur. Même si le renouvellement du traitement s'effectue occasionnellement via un médecin généraliste de ville, la poursuite d'un traitement à domicile représente une économie considérable pour la sécurité sociale.

Si l'on souhaite transformer une expérimentation prévue sur deux ans en un dispositif pérenne, il convient de conserver les trois catégories de médicaments exclues de la réforme de la visite médicale. Il s'agit d'une nécessité impérative de santé publique.

8 - Amendement n° 44, présenté par . Robinet, M. Decool, Mme Fort, M. Straumann, M. Fasquelle, M. Gandolfi-Scheit, Mme Grommerch, M. Reiss, M. Jean-Pierre Vigier et M. Mathis, le 22 novembre 2012 (non soutenu)

ARTICLE 46

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article propose de modifier, sans qu'il ait pu être mise en œuvre, l'article 30 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011 qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé.

Cet article revient sans concertation sur l'équilibre qui avait été trouvé, il est donc proposé de supprimer cet article qui n'a pas sa place dans un PLFSS.

f. Compte-rendu des débats– deuxième séance du lundi 26 novembre 2012

Article 46

M. le président. Je suis saisi de trois amendements identiques, de suppression de l'article, n^{os} 144, 179 et 215. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n 144.

M. Dominique Tian. L'article 46 propose de modifier, sans qu'il ait pu être mis en œuvre, l'article 30 de la loi relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament du 29 décembre 2011, qui avait institué une expérimentation de la visite médicale collective à l'hôpital pour certains produits de santé.

Il est donc proposé de supprimer cet article qui revient sans concertation sur l'équilibre général établi, d'autant qu'il nous apparaît comme un cavalier qui n'a pas sa place dans le PLFSS.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 179.

M. Jean-Pierre Door. Cet article revient sans concertation sur l'organisation de la visite médicale collective à l'hôpital telle qu'elle a été établie dans la loi du 29 décembre 2011. Nous avons, après de nombreuses discussions, trouvé un compromis grâce à l'amendement Lefrand qui consistait à mener une expérimentation pendant deux ans. Or cette expérimentation n'est pas encore achevée et n'a fait l'objet d'aucune analyse portant sur les conditions de sa généralisation.

Nous proposons donc que cet article soit supprimé afin que l'expérimentation aille jusqu'au bout et que l'on sache vraiment si la visite médicale collective dans les hôpitaux présente un réel intérêt. Celles et ceux qui ont subi ces visites collectives savent qu'il n'est pas si facile de gérer ce genre de visites avec des praticiens qui essaient de dialoguer entre eux et des visiteurs médicaux – monsieur Paul, ne hochez pas la tête. Il faut être sur le terrain pour se rendre compte de la difficulté de la chose.

M. le président. La parole est à M. Francis Vercamer, pour soutenir l'amendement n° 215.

M. Francis Vercamer. Nous déplorons que le Gouvernement, avec cet article 46, généralise un mode d'organisation de la visite médicale à l'hôpital sans attendre les résultats de l'expérimentation de deux ans prévue, il y a moins d'un an, par la loi du 29 décembre 2011.

Je dois dire que j'ai reçu beaucoup de courriels des professionnels de ce secteur qui redoutent qu'une telle mesure n'ait des conséquences sur l'emploi.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. Ces amendements ont été rejetés en première lecture et notre commission s'y est à nouveau montrée défavorable.

M. Door a raison sur un point : il s'agit d'une question complexe. Je dirai même que la visite médicale est un art tout d'exécution. Mais l'idée que les visites se déroulent dans un cadre collectif n'est pas nouvelle ; vous l'avez d'ailleurs rappelé.

En première lecture, nous avons souhaité recentrer ce dispositif sur les médicaments autour desquels se concentrent les plus gros enjeux financiers, c'est-à-dire ceux qui font l'objet de prescriptions dans le cadre de l'hôpital qui sont ensuite exécutées en ville. Pour les autres types de médicaments, nous avons décidé que les visites en face-à-face pourront continuer à avoir lieu.

Cela nous a semblé être un compromis équilibré et acceptable que je vous propose de maintenir.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement sur ces amendements de suppression ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(Les amendements identiques n^{os} 144, 179 et 215 ne sont pas adoptés.)

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 145.

M. Dominique Tian. Il est défendu, monsieur le président.

(L'amendement n° 145, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Christian Paul, pour soutenir l'amendement n° 62.

M. Christian Paul, rapporteur. Il s'agit d'un amendement de précision.

(L'amendement n° 62, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

M. le président. Et l'amendement n° 63 ?

M. Christian Paul, rapporteur. Il vise à nouveau à apporter une précision.

(L'amendement n° 63, accepté par le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 46, amendé, est adopté.)

g. Texte adopté

Article 46

I. – Après l'article L. 5122-9-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5122-9-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5122-9-2. – L'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État et selon des modalités fixées dans le règlement intérieur de l'établissement. »

II. – L'article L. 6143-7 du même code est ainsi modifié :

1° Après le 16°, il est inséré un 17° ainsi rédigé :

« 17° Arrête, en application de l'article L. 5122-9-2, les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. »

2° À la première phrase du deuxième alinéa, la référence : « 15° » est remplacée par la référence : « 17° ».

III. – Le troisième alinéa de l'article L. 6161-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En application de l'article L. 5122-9-2, le représentant légal de l'établissement définit les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la conférence médicale d'établissement. »

IV. – À l'issue d'un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan du dispositif prévu à l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique, réalisé à partir d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé portant notamment sur le volume et la pertinence des prescriptions hospitalières. Ce rapport propose les évolutions législatives découlant du bilan, notamment sur le suivi par les établissements de santé des préconisations que la Haute Autorité formule en matière de visite médicale ainsi qu'en ce qui concerne l'élargissement des dispositions du même article L. 5122-9-2 aux dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1 du même code ainsi que leur éventuelle adaptation à la médecine de ville.

V. – Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est abrogé.

2. Sénat

a. Rapport n° 164 déposé le 27 novembre 2012 par M. Yves Daudigny

L'article 46 met en place un dispositif pérenne de visite médicale collective à l'hôpital. L'Assemblée nationale a adopté **deux amendements rédactionnels**.

b. **Compte-rendu des débats Sénat– séance du jeudi 29 novembre 2012**

Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013, rejeté en Nouvelle lecture par le Sénat le 29 novembre 2012

c. **Texte adopté par le Sénat**

Le Sénat a rejeté, en nouvelle lecture, le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.

D. Assemblée nationale - Lecture définitive

RAS

Texte adopté

(AN NL) Article 58 46

I. – Après l'article L. 5122-9-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5122-9-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 5122-9-2. – L'information par démarchage ou la prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, à l'exception des médicaments réservés à l'usage hospitalier et de ceux à prescription et délivrance hospitalières, effectuée dans les établissements de santé ne peut avoir lieu que devant plusieurs professionnels de santé, dans des conditions définies par décret en Conseil d'État et selon des modalités fixées dans le règlement intérieur de l'établissement. »

II. – L'article L. 6143-7 du même code est ainsi modifié :

1° Après le 16°, il est inséré un 17° ainsi rédigé :

« 17° Arrête, en application de l'article L. 5122-9-2, les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la commission médicale d'établissement et de la commission des soins infirmiers, de rééducation et médico-techniques. »

2° À la première phrase du deuxième alinéa, la référence : « 15° » est remplacée par la référence : « 17° ».

III. – Le troisième alinéa de l'article L. 6161-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En application de l'article L. 5122-9-2, le représentant légal de l'établissement définit les modalités d'information par démarchage ou de prospection pour les produits de santé mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 5311-1, après avis de la conférence médicale d'établissement. »

IV. – À l'issue d'un délai de deux ans à compter de la promulgation de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport dressant le bilan du dispositif prévu à l'article L. 5122-9-2 du code de la santé publique, réalisé à partir d'une évaluation conduite par la Haute Autorité de santé portant notamment sur le volume et la pertinence des prescriptions hospitalières. Ce rapport propose les évolutions législatives découlant du bilan, notamment sur le suivi par les établissements de santé des préconisations que la Haute Autorité formule en matière de visite médicale ainsi qu'en ce qui concerne l'élargissement des dispositions du

même article L. 5122-9-2 aux dispositifs médicaux mentionnés à l'article L. 5211-1 du même code ainsi que leur éventuelle adaptation à la médecine de ville.

V. – Le I de l'article 30 de la loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé est abrogé.

Décision n° 2012 - 659 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 60 (ex 47 bis)

(Minoration des tarifs hospitaliers pour mise en réserve de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie)

Article, consolidation, travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article 60 (ex 47 bis).....	4
II. Consolidation	4
III. Travaux parlementaires	7

Table des matières

I. Article 60 (ex 47 bis)	4
- (AN NL) Article 60 <i>47 bis</i>	4
II. Consolidation	4
A. Code de la sécurité sociale	4
- Article L. 114-4-1.....	4
- Article L. 162-22-9.....	5
- Art. L. 162-22-9-1.....	6
- Article L. 162-22-10.....	6
III. Travaux parlementaires	7
B. Première lecture	7
1. Assemblée nationale	7
a. Projet de loi.....	7
b. Rapport n° 302 de M. Bapt.....	7
a. Amendements.....	7
- Amendement N°788 présenté par le Gouvernement.....	7
- Sous-amendement N°798 présenté par M. Paul à l'amendement n° 788 du Gouvernement.....	8
- Amendement N°695 (Rect) présenté par <i>Mme Fraysse, M. Asensi, M. Azerot, Mme Bello, M. Bocquet, Mme Buffet, M. Candelier, M. Carvalho, M. Charroux, M. Chassaigne, M. Dolez, M. Marie-Jeanne et M. Sansu</i>	8
- Amendement N°638 présenté par M. Richard et M. Vercamer.....	9
b. Compte-rendu des débats – 2 ^e séance du 26 octobre 2012.....	9
- Après l'article 47.....	9
2. Sénat	15
a. Projet de loi n° 103 déposé le 6 novembre 2012.....	15
- Article 47 bis (nouveau).....	15
a. Rapport n° 107 de M. Daudigny.....	16
b. Compte-rendu des débats.....	17
C. Commission mixte paritaire	17
D. Nouvelle lecture	18
1. Assemblée nationale	18
a. Projet de loi n° 415 déposé le 15 novembre 2012.....	18
- Article 47 bis (nouveau).....	18
a. Rapport n° 430 de M. Bapt.....	18
- Article 47 bis.....	18
b. Amendements.....	19
- Amendement N°148 présenté par M. Tian et M. Door.....	19
- AMENDEMENT N°250 présenté par le Gouvernement.....	20
c. Compte-rendu des débats – 2 ^e séance du 26 novembre 2012.....	20
- Article 47 bis.....	20
2. Sénat	23
E. Lecture définitive	23
F. Texte adopté	23
- (AN NL) Article 60 <i>47 bis</i>	23

I. Article 60 (ex 47 bis)

- (AN NL) Article 60 47-bis

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cet avis porte également sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année en cours. » ;

2° À la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

3° Après le même article L. 162-22-9, il est inséré un article L. 162-22-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-9-1. – 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.

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

4° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1. » ;

b) Au dernier alinéa, la référence : « et 3° » est remplacée par les références : « , 3° et 4° ».

II. Consolidation

Légende (pour les articles consolidés)

- ~~texte barré~~ : dispositions supprimées

- **texte en gras** : dispositions nouvelles

A. Code de la sécurité sociale

Livre 1 : Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base

Titre 1 : Généralités

Chapitre 4 : Commissions et conseils

Section 7 : Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie

- Article L. 114-4-1

Modifié par LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 48

Le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement, les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de

l'objectif national voté par le Parlement. Le comité est composé du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, du directeur général de l'Institut national de la statistique et des études économiques et d'une personnalité qualifiée nommée par le président du Conseil économique, social et environnemental.

Ce comité est placé auprès de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Chaque année, au plus tard le 15 avril, le comité rend un avis public dans lequel il analyse les anticipations de réalisation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année précédente en se fondant sur les données statistiques disponibles. Il en déduit les conséquences sur le respect de l'objectif de l'exercice en cours.

Chaque année, au plus tard le 1er juin, et en tant que de besoin, le comité rend un avis sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'exercice en cours. Il analyse notamment l'impact des mesures conventionnelles et celui des déterminants conjoncturels et structurels des dépenses d'assurance maladie. Il analyse les conditions d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année précédente et le risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours.

Lorsque le comité considère qu'il existe un risque sérieux que les dépenses d'assurance maladie dépassent l'objectif national de dépenses d'assurance maladie avec une ampleur supérieure à un seuil fixé par décret qui ne peut excéder 1 %, il le notifie au Parlement, au Gouvernement et aux caisses nationales d'assurance maladie. Celles-ci proposent des mesures de redressement. Le comité rend un avis sur l'impact financier de ces mesures et, le cas échéant, de celles que l'Etat entend prendre pour sa part qui sont transmises dans un délai d'un mois au comité par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose des mesures de redressement. **Cet avis porte également sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année en cours.**

Le comité rend un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses d'assurance maladie.

Cet avis est rendu public et transmis au Parlement

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

Chapitre 2 : Dispositions générales relatives aux soins.

Section 5 : Etablissements de santé.

Sous-section 3 : Frais d'hospitalisation remboursés sur la base de tarifs nationaux

- Article L. 162-22-9

Modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 2

I.-Chaque année est défini un objectif des dépenses d'assurance maladie commun aux activités mentionnées au 1° de l'article L. 162-22 qui sont exercées par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 162-22-6. Cet objectif est constitué du montant annuel des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés au cours de l'année dans le cadre de ces activités. Le contenu de cet objectif est défini par décret.

Le montant de cet objectif commun est arrêté par l'Etat en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Cet objectif prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant, notamment celles relatives aux conversions d'activité. Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année.

II.-Un décret en Conseil d'Etat précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux

1° à 3° 4° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations.

- Art. L. 162-22-9-1

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.

Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'État.

- Article L. 162-22-10

Modifié par LOI n°2011-1906 du 21 décembre 2011 - art. 61

I.-Chaque année, l'Etat fixe, selon les modalités prévues au II de l'article L. 162-22-9, les éléments suivants :

1° Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 servant de base au calcul de la participation de l'assuré, qui peuvent être différenciés par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ;

2° Les montants des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 ;

3° Le cas échéant, les coefficients géographiques s'appliquant aux tarifs nationaux et aux forfaits annuels mentionnés ci-dessus, des établissements implantés dans certaines zones afin de tenir compte d'éventuels facteurs spécifiques, qui modifient de manière manifeste, permanente et substantielle le prix de revient de certaines prestations dans la zone considérée.

4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1.

Les éléments mentionnés aux 1° ~~et 3°~~, 3° et 4° prennent effet le 1er mars de l'année en cours et ceux mentionnés au 2° le 1er janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II bis.

II.-La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, des états provisoires et des états définitifs du montant total des charges mentionnées au I de l'article L. 162-22-9 en distinguant, d'une part, le montant annuel des charges afférentes à la fourniture des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et, d'autre part, le montant annuel des autres charges en identifiant les dépenses relatives aux activités d'alternative à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile.

II bis.-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'Etat 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.

III.-Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-9 détermine les modalités du suivi statistique des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie.

IV.-Les tarifs de responsabilité afférents aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé privés mentionnés au e de l'article L. 162-22-6 sont fixés par l'Etat

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi

RAS

b. Rapport n° 302 de M. Bapt

RAS

a. Amendements

- Amendement N°788 présenté par le Gouvernement

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 47, insérer l'article suivant:

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – Le sixième alinéa de l'article L. 114-4-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cet avis porte également sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année en cours ainsi que de ses sous-objectifs. »

II. – Au II de l'article L. 162-22-9, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° ».

III. – Après l'article L. 162-22-9, il est inséré un article L. 162-22-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-9-1. – 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 et de ses sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3, ainsi qu'au respect des objectifs mentionnés au 2° du D du I de l'article L.O. 111-3. La valeur de ce coefficient peut être différenciée par catégories d'établissements.

« II. – Au regard notamment de l'avis mentionné au sixième 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 à l'alinéa précédent.

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

IV. – Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

1° Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1. ».

2° Au dernier alinéa, les mots : « et 3° » sont remplacés par les mots : « , 3° et 4° ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les mises en réserve prudentielles visant à gager, depuis 2010, une éventuelle sur-exécution de la part tarifaire de l'ODMCO ont, jusqu'à présent, pris la forme de gels de dotation. Ce dispositif a montré ses limites dans la mesure où il prévient le risque de sur-exécution sur des enveloppes fermées (MIGAC, dotation annuelle de financement) qui, de facto, ne peuvent pas être à l'origine du dépassement. Il est ainsi proposé de mettre en place un mécanisme de régulation qui corrèlerait les crédits gagés avec l'enveloppe à l'origine de la sur-exécution et ce, pour garantir une plus grande équité et une meilleure visibilité de la politique de l'allocation des ressources des établissements de santé exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie.

Le présent amendement a donc vocation à ouvrir la possibilité au Gouvernement de créer un coefficient minorateur, pouvant être différencié par type d'établissements de santé et s'appliquant à l'ensemble des tarifs de prestations. L'application de ce coefficient permettra de constituer une réserve de crédits qui pourront être reversés en tout ou partie selon l'état d'exécution de l'ONDAM ainsi que des objectifs de dépenses votés en loi de financement de la sécurité sociale.

- Sous-amendement N°798 présenté par M. Paul à l'amendement n° 788 du Gouvernement

APRÈS L'ARTICLE 47

I. – À l'alinéa 3, supprimer les mots :

« ainsi que de ses sous-objectifs ».

II. – En conséquence, à l'alinéa 6, supprimer les mots :

« et de ses sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3, ainsi qu'au respect des objectifs mentionnés au 2° du D du I de l'article L.O. 111-3. ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le sous-amendement supprime, par la définition des règles de gel et de dégel des sommes mises en réserve en début d'exercice, la référence aux sous-objectifs de l'ONDAM autres que le sous-objectif relatif aux établissements de santé ainsi qu'aux autres branches de la sécurité sociale.

- Amendement N°695 (Rect) présenté par Mme Fraysse, M. Asensi, M. Azerot, Mme Bello, M. Bocquet, Mme Buffet, M. Candelier, M. Carvalho, M. Charroux, M. Chassaigne, M. Dolez, M. Marie-Jeanne et M. Sansu

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 47, insérer l'article suivant:

Le II bis de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Les autres mesures prises en cours d'année par le Gouvernement en vue de compenser un éventuel dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie hospitalier portent de manière équilibrée sur les différentes modalités de financement des établissements de santé mentionnés aux a) à d) de l'article L. 162-22-6. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à partager de façon équitable les efforts d'économie entre les établissements du secteur public et ceux du secteur privé.

- Amendement N°638 présenté par M. Richard et M. Vercamer

ARTICLE ADDITIONNEL

APRÈS L'ARTICLE 47, insérer l'article suivant:

I. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant du forfait journalier applicable en établissement de soins de suite et de réadaptation doit tenir compte de la durée moyenne du séjour. Ses différents montants sont fixés par arrêté. ».

II. – Les pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale sont compensées à due concurrence, par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

EXPOSÉ SOMMAIRE

À la différence des établissements de MCO – médecine, chirurgie, obstétrique - où la durée du séjour est très courte (le patient y séjourne seulement 5 à 7 jours), elle est en moyenne de 30 jours dans les établissements SSR – soins de suite et réadaptation (mais avec une diversité telle qu'en fonction de la spécialité de l'établissement et de l'état de santé des patients, elle peut être de plusieurs mois).

Or les durées d'hospitalisation les plus longues se rencontrent souvent chez les patients âgés (en raison de l'existence de poly-pathologies et/ou d'une dépendance élevée), qui sont parallèlement les personnes les plus « touchées » par les limitations de prises en charge des mutuelles.

L'application d'un forfait journalier pour les établissements de soins de suite et de réadaptation non modulé en fonction de la durée du séjour des patients est ainsi extrêmement pénalisante pour ceux disposant notamment de faibles revenus.

Afin d'améliorer l'accessibilité financière aux soins pour permettre un égal accès de tous à la santé, il est nécessaire d'y remédier.

Tel est l'objet de la présente proposition d'amendement.

b. Compte-rendu des débats – 2^e séance du 26 octobre 2012

- Après l'article 47

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 788 portant article additionnel après l'article 47, qui fait l'objet d'un sous-amendement n° 798.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il s'agit d'ouvrir au Gouvernement la possibilité de créer des coefficients minorateurs pour constituer des réserves de crédits qui pourraient être reversés selon l'état d'exécution de l'ONDAM ainsi que des objectifs de dépenses votés en loi de financement de la sécurité sociale.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. Cet amendement est important. Il permet de sortir de cette série d'aberrations qu'était le gel, année après année, des crédits des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation, les MIGAC. C'est en fixant de façon annuelle un taux de gel des tarifs, avec possibilité pour le Gouvernement de jouer sur ces tarifs, et non pas sur les MIGAC, que nous pourrions les préserver.

L'esprit de cet amendement est tout à fait positif ; il est même progressiste.

Néanmoins – et c'est le sens d'un sous-amendement que je vais développer devant vous –, il apparaît très important que le changement des règles, puisque l'on passe du gel de crédits en début d'exercice, qui ne porte plus sur les MIGAC, mais sur la masse tarifaire...

M. Bernard Accoyer. Où est-il, ce sous-amendement ?

M. le président. Il vient de nous être apporté, monsieur Accoyer. Il va être distribué.

M. Christian Paul, *rapporteur*. Nous pouvons commencer à en parler. Nous pouvons nous écouter, chers collègues, et même nous répondre !

M. Denis Jacquat. Monsieur le président, au nom de mon groupe, je demande une suspension de séance de cinq minutes.

Il n'est pas normal de discuter d'un amendement dont nous n'avons pas le texte. Je ne mets absolument pas en cause le rapporteur, mais c'est une question de principe.

M. Bernard Accoyer. Laissez faire, monsieur Jacquat, c'est un cas d'annulation !

M. Denis Jacquat. J'ai demandé cinq minutes de suspension de séance. Mais la prochaine fois, comme le dit Bernard Accoyer, nous ne demanderons pas de suspension de séance et nous laisserons faire.

M. le président. La suspension est de droit. Elle permettra de continuer la discussion sur le sous-amendement dans la sérénité.

La parole est à M. le rapporteur.

M. Christian Paul, *rapporteur*. Je respecte totalement la décision de la présidence de suspendre la séance, car la suspension est de droit. Encore une fois nous poursuivrons cette discussion à l'extérieur de l'hémicycle pendant cinq minutes...

Toutefois, pour avoir aussi un peu d'ancienneté à l'Assemblée nationale, je rappelle à nos collègues qu'au cours des années précédentes nous avons dû débattre maintes et maintes fois d'amendements qui n'étaient pas arrivés en séance.

M. Denis Jacquat. C'est vrai !

M. Christian Paul, *rapporteur*. Depuis le début de ce PLFSS, c'est la première fois que cela se produit, et il s'agit d'un amendement important...

M. Denis Jacquat. À plus forte raison ! Nous allons demander dix minutes de suspension de séance !

M. Christian Paul, *rapporteur*. Mais je n'exclus pas que vous le votiez, car mon sous-amendement vise à améliorer la rédaction proposée par le Gouvernement. Pour nous, le but du travail parlementaire, c'est que le produit, à la sortie, soit le meilleur possible, dans l'intérêt général.

Nous aurions pu amorcer la discussion sur ce sous-amendement. D'autant que, très honnêtement, c'est la première fois depuis le début de cette discussion, depuis mardi, donc, que nous sous-amendons en temps réel un amendement du Gouvernement. Cela aurait donc pu appeler, monsieur Accoyer, à un *gentleman's agreement*.

Rappel au règlement

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer, pour un rappel au règlement.

M. Bernard Accoyer. Monsieur le président, mon intervention se fonde sur l'article 58, alinéa 3, du règlement.

Le Gouvernement dépose en séance un amendement conséquent dont peut dépendre l'avenir d'un certain nombre d'établissements pour ce qui est de leur trésorerie...

Mme Claude Greff. En effet, l'amendement n° 788 n'est pas anodin.

M. Bernard Accoyer. C'est vraiment un amendement important. Nous en prenons connaissance, puisqu'il figure dans la liasse. Jusque là, tout va bien.

À ce moment, M. le rapporteur déclare qu'il va sous-amender. Or un sous-amendement peut changer considérablement le sens de l'amendement gouvernemental.

Nous demandons tout simplement, pour le bon déroulement de la séance et pour travailler dans des conditions strictement normales, de disposer des éléments nécessaires pour nous prononcer.

Quelques minutes de suspension de séance devraient permettre de distribuer ce sous-amendement.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à dix-sept heures cinq, est reprise à dix-sept heures dix.)

Après l'article 47 (suite)

M. le président. La séance est reprise.

Mes chers collègues, le sous-amendement n° 798 a été distribué.

M. Denis Jacquat. Il est encore chaud !

M. le président. La parole est à M. le rapporteur, pour le soutenir.

M. Christian Paul, *rapporteur.* Vous allez voir, monsieur Jacquat, vous allez le voter !

M. Denis Jacquat. J'écoute attentivement.

M. Christian Paul, *rapporteur.* Nous adhérons totalement à la proposition du Gouvernement qui, avec son amendement, permet de modifier la situation extrêmement préjudiciable que nous avons connue ces dernières années. Le gel des MIGAC en début d'année et leur dégel très partiel en cours d'année mettaient en grande difficulté nombre d'établissements hospitaliers, qui n'avaient connaissance que très tardivement, parfois en fin d'exercice, des moyens qui leur étaient réellement alloués.

L'amendement du Gouvernement permet de changer les règles dans ce domaine. C'est sur la masse tarifaire que, désormais, les gels seront effectués.

Mon sous-amendement propose que la rédaction que nous allons adopter ne fasse pas mention de la nécessité de respecter les sous-objectifs de l'ONDAM, de façon à conserver une vision et une utilisation globale de l'ONDAM, sans méconnaître l'importance des sous-objectifs et de l'équilibre espéré dès cette année. J'ai souhaité également que cette rédaction ne fasse pas mention de l'ensemble des objectifs de la loi organique, ce qui, pour le coup, n'aurait aucun sens puisque l'on ne voit pas très bien ce que l'ONDAM hospitalier aurait à faire avec les autres branches de la sécurité sociale.

Tel est le double sens de ce sous-amendement, que je vous demande d'adopter.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Favorable.

Le sous-amendement de M. Paul introduit de la clarté dans le dispositif souhaité par le Gouvernement. Nous avons eu l'occasion de dire à plusieurs reprises que l'enjeu pour nous était de bien marquer la spécificité des missions de service public de l'hôpital, et qu'une façon de le faire était de ne plus procéder, comme le faisait la précédente majorité, au gel en début d'année de ressources affectées aux MIGAC, c'est-à-dire aux missions d'intérêt général.

Cependant, nous devons pouvoir procéder à des gels de ressources pour faire face à des événements en cours d'année. Nous souhaitons donc que les gels portent sur l'enveloppe tarifaire plutôt que sur celle des MIGAC.

La rédaction de l'amendement introduisait des conditions problématiques, dans la mesure où elle laissait dépendre la situation de l'ONDAM de l'équilibre des autres branches et, à l'intérieur de l'ONDAM, empêchait une fluidité entre les différents sous-objectifs. Or on sait bien que ce qui compte, c'est le respect de l'ONDAM global, non le fait d'ajuster de façon excessivement précise chacun des sous-ONDAM.

Voilà ce qui motive l'avis favorable donné au sous-amendement de Christian Paul.

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti.

Mme Bérengère Poletti. Tout cela semble très technique et très obscur.

M. Christian Paul, *rapporteur.* Technique, oui. Obscur, non !

Mme Bérengère Poletti. Malgré tout, ce que l'on peut comprendre dans l'amendement du Gouvernement, c'est qu'il est économique et qu'il préconise une baisse des tarifs par rapport à l'année dernière, certes dans la logique de l'ONDAM. Je rappelle toutefois que les établissements concernés, notamment les établissements privés ou associatifs, ont vu leurs tarifs bloqués depuis plusieurs années et sont en difficulté, en particulier ceux qui ont dû engager des investissements de productivité. Cette baisse des tarifs risque d'accroître leurs difficultés et pourrait même les contraindre à licencier.

Je ne comprends pas bien ce que change le sous-amendement de M. Paul, il faudrait me l'expliquer un peu mieux ! Tout ce que je vois, c'est que l'amendement du Gouvernement va mettre ces établissements en péril et que cela risque de retentir encore une fois sur l'emploi.

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Bernard Accoyer. Je reviens sur les conditions dans lesquelles nous travaillons. (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

Un amendement est déposé en séance par le Gouvernement. À l'évidence, il a des conséquences sur l'avenir d'un grand nombre d'établissements associatifs et privés. Soit.

M. Jean-Marc Germain. Parlez-nous plutôt du fond !

M. Bernard Accoyer. Mais il est curieux qu'il n'ait pas été préparé par le Gouvernement de telle façon que le Parlement, son rôle et ses droits soient respectés. Précipitamment au contraire, toutes affaires cessantes, le

rapporteur de la commission change les tuyaux, modifiant un amendement d'une complexité telle qu'il ajoute une page entière au code de la santé ! J'essaie de suivre mais, en toute bonne foi, je serais content de savoir quels sont ceux qui ont vraiment tout compris ce qui est écrit dans cet amendement et ce sous-amendement.

Aussi demandé-je à Mme le ministre de bien vouloir comprendre qu'il y a besoin d'un minimum de réflexion et de transparence. Il faut accepter que les parlementaires puissent comprendre de quoi on parle, ce que l'on prélève, et en tout état de cause que l'on veut baisser les tarifs d'établissements qui sont déjà bloqués depuis plusieurs années. C'est bien le fonctionnement de notre système de soins qui est remis en cause par cette improvisation gouvernementale et parlementaire.

M. le président. La parole est à Mme Claude Greff.

Mme Claude Greff. Je comprends que vous vouliez faire avancer les choses, et nous aussi, nous le voulons. Mais il importe à nos concitoyens de savoir quel sera leur avenir. Vous ne pouvez pas cependant museler le Parlement ! Il est important que les parlementaires s'expriment sur les projets du Gouvernement !

M. Jean-Marc Germain. On ne musèle rien du tout ! Arrêtez !

Mme Claude Greff. Madame la ministre, j'ai essayé de vous suivre. Vous avez mené des négociations sur les dépassements des honoraires de médecins. Nous avons tous travaillé sur ce sujet. Vous voulez imposer des tarifs. Êtes-vous en train d'opposer les uns aux autres ? Si j'ai bien compris, vous voulez véritablement organiser une baisse des tarifs, dans une logique de maîtrise de l'ONDAM.

Mais attention ! Vous êtes là en train de prendre des décisions qui vont toucher 4 000 établissements ! Je vous laisse déduire de ce chiffre le nombre de salariés et de patients que cela concerne. Votre mesure aura des conséquences sur les salariés ainsi que sur les patients, qui ne pourront plus se faire soigner dans les établissements concernés. Je ne comprends pas pourquoi vous voulez réserver une proportion de l'ONDAM pour financer une partie des établissements.

En gros, vous voulez diminuer les tarifs dans les établissements associatifs et privés pour les ramener au niveau de ceux des établissements publics. Mais que veut dire ce fonctionnement ? Dois-je vous rappeler que les établissements privés ont été conduits à faire des investissements importants et que, s'ils n'ont pas aujourd'hui un retour sur investissement à même de pérenniser leurs finances, ils seront évidemment poussés à fermer ?

M. Christian Paul, rapporteur. Arrêtez d'agiter des épouvantails !

Mme Claude Greff. Vous êtes donc en train de dégrader profondément notre système de santé ! Vous êtes en train de mettre des emplois en danger ! Vous allez peut-être inciter les uns et les autres à manifester !

M. Christian Hutin. C'est un peu long...

M. le président. Il faut conclure, madame la députée.

Mme Claude Greff. Je dirai pour finir, puisque je suis rappelée à l'ordre par le président, que vous êtes tout simplement en train d'attaquer la liberté des patients, et même la liberté d'exercice des praticiens dans ces établissements. Je trouve cela terriblement dangereux.

(Le sous-amendement n° 798 est adopté.)

(L'amendement n° 788, sous-amendé, est adopté.)

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Je ne suis pas d'accord ! Nous avons été bâillonnés ! Il y avait un amendement et un sous-amendement, ce qui autorise quatre personnes de notre groupe à intervenir, monsieur le président ! Or vous m'avez refusé la parole, alors même que je pense avoir été correct lors de ce débat comme lors de tous les autres ! Comme nous ne sommes pas d'accord, nous sommes bâillonnés ! Je demande donc une suspension de séance de cinq minutes !

M. le président. Il y a déjà eu deux suspensions de séance de cinq minutes pour vous permettre de vous coordonner. L'article 56-2 dispose : « Le président peut autoriser un orateur à répondre au Gouvernement ou à la commission. Lorsque l'avis du Gouvernement et celui de la commission sont identiques, un seul orateur peut être autorisé à répondre. »

Il me semble qu'en donnant la parole à trois orateurs de votre groupe, qui ne compte que cinq présents, je vous ai largement permis de vous exprimer. J'entends bien que ce débat et les articles sont importants, mais le vote a été clair et sans ambiguïté : je vous propose donc de poursuivre le débat.

Mme Claude Greff. On vient de nous imposer quelque chose !

M. Denis Jacquat. Nous sommes bâillonnés, et doublement !

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour soutenir l'amendement n° 695 rectifié.

Mme Jacqueline Fraysse. Monsieur Jacquat, que vous arrive-t-il ?

M. Denis Jacquat. J'estime être correct et bien élevé, et ne prends jamais la parole trop longtemps. Mais j'ai demandé une suspension de séance et je l'attends toujours !

M. Pierre Lequiller. En effet !

M. Denis Jacquat. Il y va des droits du Parlement !

M. le président. Je pense qu'ils sont respectés ! Il y a eu des prises de parole en nombre significatif sur cet amendement et ce sous-amendement. Nous passons donc à la suite.

Mme Jacqueline Fraysse. Je veux dire à M. Jacquat qu'en effet il sait être bref, mais que le règlement s'applique. Nous n'en sommes pas tous satisfaits, mais nous, nous avons voté contre !

Mme Claude Greff. Incroyable ! C'est scélérat ! C'est un déni de démocratie !

Mme Jacqueline Fraysse. Madame la ministre, je me félicite de la fin du gel des MIGAC. C'est une décision importante. Le précédent gouvernement avait en effet pris la fâcheuse habitude de geler en début d'année une partie des enveloppes MIGAC pour compenser un éventuel dépassement de l'ONDAM. Il s'agissait d'une mesure particulièrement injuste qui pénalisait exclusivement les hôpitaux publics. En effet, elle faisait porter l'essentiel des efforts d'économie sur les missions de service public. C'est pour remédier à cette situation que nous avons déposé cet amendement, car nous tenons à ce que la loi soit précise sur ce point.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. J'entends bien la préoccupation qu'exprime Mme Fraysse, mais après le débat que nous avons eu, il est sans doute possible de retirer cet amendement dans la mesure où il est très largement satisfait par l'amendement et le sous-amendement qui viennent d'être adoptés, ainsi que par les explications données par le Gouvernement. Je crois qu'il n'y a pas, cet après-midi, matière à polémiquer sur ces sujets. Auparavant, les gels affectaient uniquement les missions d'intérêt général, donc exclusivement les hôpitaux publics. Nous nous en étions d'ailleurs fortement émus.

Le gel tarifaire, qui n'est pas une annulation de crédits, ni ne conduit à la faillite, concernera dorénavant l'ensemble des établissements. Je crois que c'est une construction beaucoup plus raisonnable et équitable que ce qui existait auparavant. Elle permettra un meilleur pilotage des établissements de santé, publics comme privés.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable. Les dispositions que nous avons présentées dans l'amendement gouvernemental tel qu'il a été modifié par le sous-amendement présenté par Christian Paul répondent aux préoccupations qui viennent d'être exprimées.

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je donne acte au Gouvernement et au rapporteur que le débat a clarifié les choses. Je retire donc mon amendement.

(L'amendement n° 695 rectifié est retiré.)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 639.

M. Arnaud Richard. J'ai toujours cru qu'une suspension de séance était de droit, monsieur le président. Je m'étonne donc que vous l'ayez refusée à notre collègue Jacquat, qui représente le groupe UMP. Peut-être n'est-ce pas écrit dans le règlement... Je suis encore sous le coup de l'amendement n° 788, qui est un scandale.

M. Denis Jacquat. Si j'avais été à gauche, j'aurais accepté cette suspension !

Mme Claude Greff. C'est ça, le sectarisme !

M. Arnaud Richard. L'enveloppe MIGAC, qui vise à soutenir les missions d'intérêt général au sein des hôpitaux publics et privés, est l'objet de cet amendement. Afin que son périmètre et les conditions de son allocation ne puissent faire l'objet d'aucun soupçon de subjectivité ni d'opacité, voire de favoritisme, toutes choses que votre amendement n'amoindrit nullement, il est proposé que cette enveloppe soit soumise au contrôle du Parlement.

À cette fin, il est proposé d'élever au niveau législatif la fixation du montant des MIGAC ainsi que la définition des missions et activités d'intérêt général financées par ces enveloppes. En sécurisant ainsi ce dispositif tout en lui assurant un cadre équitable de fonctionnement, cette intervention législative permettra de conserver à l'autorité réglementaire, en particulier au Gouvernement, son rôle de mise en application des

dispositions concrètes telles que la répartition d'enveloppes régionales et les modalités d'allocation de ces crédits. Tel est l'objet de mon amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, *rapporteur*. La commission a émis un avis défavorable à cet amendement, considérant qu'il était difficile de dresser chaque année une liste détaillée des critères d'attribution. L'arrêté qui régit les MIGAC fait sept pages. C'est un descriptif extrêmement précis. Si tel était le sens de votre amendement, je crois franchement qu'il n'est pas recevable.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Défavorable.

(L'amendement n° 639 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard, pour soutenir l'amendement n° 638.

M. Arnaud Richard. Nous demandons que le forfait journalier ne s'applique pas automatiquement pour des séjours en établissement qu'on appelait autrefois de moyen séjour. En effet, en sortie d'hôpital, les soins de suite et de réadaptation peuvent courir sur des durées très longues, la moyenne nationale se situant à trente jours. Ces prises en charge ont pour caractéristique d'être pluridisciplinaires et globales. Elles impliquent de nombreux intervenants, le personnel médical soignant et de rééducation bien sûr, mais aussi l'accès à des équipements et à des plateaux techniques spécialisés et coûteux.

Leur finalité est le retour des patients présentant des déficiences ou des limitations de capacité sur leur lieu de vie. Ce secteur d'activité s'est fortement développé ces dernières années, en raison notamment de la réforme de la tarification à l'activité et du vieillissement de notre population. Mais cet accroissement n'a pas évolué de façon comparable aux dépenses de l'assurance maladie.

Or ces situations, accidentés de la route mis à part, concernent pour l'essentiel des personnes âgées dont les mutuelles n'offrent pas, le plus souvent, une couverture santé suffisante pour assurer chaque jour le paiement du forfait. Nous demandons donc que le forfait pour ces établissements de soin de suite soit modulé en fonction de la durée du séjour, afin que les patients âgés, disposant le plus souvent de faibles revenus, ne soient pas pénalisés.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, *rapporteur*. La commission a émis un avis défavorable. Non pas que la question de M. Richard soit inutile, mais cette question du forfait journalier, comme celle du ticket modérateur qui sera évoquée tout à l'heure à l'article 49, doit s'intégrer dans une réflexion globale sur l'ensemble des modalités de participation des assurés aux soins dans ces établissements. Il est apparu à la commission qu'il était prématuré de légiférer en la matière dans ce PLFSS. Cela ne veut pas dire que cette question est aujourd'hui inutilement posée, mais il serait probablement prématuré d'y répondre.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Défavorable.

M. le président. La parole est à M. Arnaud Richard.

M. Arnaud Richard. Pour montrer à la majorité et au Gouvernement que nous avons de bonnes intentions pour la fin de ce débat, je retire mon amendement.

(L'amendement n° 638 est retiré.)

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 87.

Mme Bérengère Poletti. Le rapport IGF-IGAS sur la maîtrise de l'ONDAM pour la période 2013-2017, rendu public en juillet 2012, souligne les marges d'efficience dans l'organisation de notre système de soins et en particulier à l'hôpital :

Les soins hospitaliers représentent 36 % de la dépense de santé en France contre 29 % en moyenne dans les pays de l'OCDE.

La France dispose d'un nombre d'équivalents temps plein hospitaliers parmi les plus élevés de l'OCDE : 17,88 pour 1 000 habitants contre 10,99 en Allemagne.

Le rapport formule plusieurs scénarios d'évolution. L'un prévoit des économies de 15 milliards d'euros, dont 60 % sur l'hôpital public.

L'indispensable restructuration de l'offre de soins hospitalière doit s'accompagner d'une stratégie en matière d'évolution des effectifs hospitaliers. Cet amendement doit permettre de disposer d'éléments en vue de l'élaboration de cette stratégie. Il prévoit que le Parlement remettra un rapport au Parlement avant le 15 avril 2013.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, *rapporteur*. Défavorable.

Madame Poletti, si je me laissais aller, je dirais que vous voulez tout simplement prolonger de cinq ans la révision générale des politiques publiques à l'hôpital. Mais nous n'avons pas été élus pour cela ; nous l'avons été pour avoir une approche beaucoup plus confiante à l'égard de l'hôpital public – c'est, je crois, le sens de la mission confiée à M. Édouard Coutu par Mme la ministre.

Nous n'allons pas commencer la législature en pointant du doigt la question des effectifs de l'hôpital public, comme s'il s'agissait du seul problème qui se pose !

Mme Bérengère Poletti. Je demande seulement un rapport !

M. Christian Paul, *rapporteur*. Je relève aussi que vous citez le nombre de personnels hospitaliers par habitant en Allemagne, qui est le plus faible d'Europe. Vous auriez pu prendre d'autres références : aux États-Unis, ce taux est très proche du taux français, et au Danemark il est plus élevé.

Encore une fois, il me semble que vous faites un procès à charge à l'hôpital public. Nous ne vous suivrons pas sur ce chemin.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre*. Nous disposons déjà d'un très grand nombre de rapports sur l'hôpital et nous faisons des études en continu sur la situation hospitalière.

Je tiens aussi à rassurer Mme Poletti : il n'y a pas d'explosion des dépenses hospitalières et, dans le PLFSS même, 650 millions d'euros sont dégagés sur le fonctionnement de l'hôpital.

Le Gouvernement est donc défavorable à cette demande de rapport qui n'a pas sa place dans ce PLFSS.

(L'amendement n° 87 n'est pas adopté.)

2. Sénat

a. Projet de loi n° 103 déposé le 6 novembre 2012

- Article 47 bis (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cet avis porte également sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année en cours. » ;

2° À la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

3° Après le même article L. 162-22-9, il est inséré un article L. 162-22-9-1 ainsi rédigé :

« **Art. L. 162-22-9-1.** - 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 premier alinéa du présent article.

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

4° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1. » ;

b) Au dernier alinéa, la référence : « et 3° » est remplacée par les références : « , 3° et 4° ».

a. Rapport n° 107 de M. Daudigny

Article 47 bis (art. L. 114-4-1, L. 162-22-9, L. 162-22-9-1 [nouveau] et L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale) - Minoration des tarifs hospitaliers pour mise en réserve de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, instaure la possibilité de mettre en oeuvre des coefficients de minoration des tarifs hospitaliers en vue de respecter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (Ondam).

I - Le dispositif proposé par l'Assemblée nationale

Cet article vise à améliorer les conditions de mise en réserve infra annuelle de dépenses de l'assurance maladie en vue de respecter l'Ondam.

Instaurer des coefficients minorateurs sur les tarifs de prestations

Le 3° insère un nouvel article L. 162-22-9-1 dans le code de la sécurité sociale. Il permet au Gouvernement de minorer les tarifs des prestations dans les établissements de santé (publics, privés et privés d'intérêt collectif), de manière à concourir au respect de l'Ondam. La valeur du coefficient correspondant pourra être différenciée par catégorie d'établissements.

Au regard de l'avis que le comité d'alerte rend chaque année avant le 15 octobre (*cf.* ci-dessous), le Gouvernement décidera, en fin d'année selon le niveau d'exécution de l'Ondam, de verser aux établissements tout ou partie du montant mis en réserve grâce à l'application du coefficient correcteur.

Le 2° et le 4° apportent des coordinations.

Un décret en Conseil d'Etat définira les conditions d'application de ce nouvel article.

Renforcer le rôle du comité d'alerte

Le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie est chargé d'alerter le Parlement, le Gouvernement et l'assurance maladie en cas d'évolution des dépenses d'assurance maladie incompatible avec le respect de l'Ondam. Son rôle a été notablement renforcé dans la loi de financement pour 2011 (*Article 48 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010*).

Le comité rend notamment un avis, au plus tard le 15 octobre, dans lequel il contrôle les éléments ayant permis l'élaboration de l'Ondam envisagé pour l'année à venir et présente ses réserves s'il constate, compte tenu des données dont il dispose, que cet objectif ne peut pas être respecté au vu de l'évolution prévisionnelle des dépenses.

Le 1° du présent article ajoute que cet avis porte également sur le respect de l'Ondam de l'année en cours. Cette surveillance, opérée par un acteur indépendant, permettra au Gouvernement de débloquent éventuellement des crédits mis en réserve sur les tarifs.

II - La position de votre rapporteur

Là aussi, cet article répond directement à une proposition du rapport de Jacky Le Menn et Alain Milon sur le financement des établissements de santé.

Depuis 2010, une partie de l'Ondam (au moins 0,3 % selon la loi de programmation des finances publiques) est mise en réserve en début d'année et « dégelée » éventuellement, en tout ou partie, en fin d'exercice au regard du niveau d'exécution de l'Ondam. Or, le précédent gouvernement avait estimé qu'une telle mise en réserve ne pouvait être appliquée que sur les crédits de nature budgétaire, c'est-à-dire en pratique presque uniquement des dotations Migac. Cette position faisait reposer l'effort de mise en réserve sur une assiette étroite et sur les établissements publics de santé.

Appliquer un coefficient conservatoire sur l'ensemble des tarifs de prestations permettra de faire porter l'effort sur **une base plus large**, ce qui est relativement plus indolore.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

b. Compte-rendu des débats

Rejet du texte

B. Commission mixte paritaire

Echec

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 415 déposé le 15 novembre 2012

L

- Article 47 bis (nouveau)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cet avis porte également sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année en cours. » ;

2° À la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

3° Après le même article L. 162-22-9, il est inséré un article L. 162-22-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-9-1. – 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 premier alinéa du présent article.

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

4° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1. » ;

b) Au dernier alinéa, la référence : « et 3° » est remplacée par les références : « , 3° et 4° ».

a. Rapport n° 430 de M. Bapt

- Article 47 bis

Mises en réserve prudentielles

Conformément aux recommandations du rapport du groupe de travail sur le pilotage des dépenses d'assurance maladie présidé par M. Raoul Briet (mai 2010), des mises en réserve prudentielles sont mises en œuvre chaque année afin de prévenir une éventuelle sur-exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) hospitalier.

Jusqu'à aujourd'hui, ces mises en réserve prenaient la forme de gels de dotation, portant essentiellement sur les crédits de l'enveloppe des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC). Le risque de dépassement des dépenses liées aux tarifs était ainsi gagé sur des enveloppes fermées (MIGAC, dotation annuelle de financement) qui, *de facto*, ne pouvaient pas être à l'origine du dépassement. En outre, comme le souligne le rapport de l'Inspection générale des affaires sociales de mars 2012 relatif à l'évaluation des effets de la tarification à l'activité (T2A) sur le management des établissements de santé, cette mise en réserve touchait prioritairement les établissements publics, principaux bénéficiaires de ces dotations, et pénalisaient les agences régionales de santé qui se voyaient privées d'une partie des crédits leur permettant de mener une politique de soutien aux établissements et de réorganisation de l'offre de soins au niveau régional.

À l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a modifié le code de la sécurité sociale afin de mettre en place un **mécanisme de régulation permettant de garantir une plus grande équité et une meilleure visibilité de la politique de l'allocation des ressources des établissements de santé** exerçant des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) en faisant porter les mises en réserve prudentielles, non sur les dotations, mais sur les tarifs eux-mêmes.

Le présent article prévoit ainsi la possibilité pour le Gouvernement de créer des coefficients « minorateurs », susceptibles d'être différenciés par type d'établissements de santé, s'appliquant à l'ensemble des tarifs des prestations hospitalières. L'application de ces coefficients permettra de constituer une réserve de crédits qui pourront être reversés en tout ou partie selon l'état d'exécution de l'ONDAM.

*

La Commission est saisie de l'amendement de suppression AS 69 de M. Dominique Tian.

M. Jean-Pierre Door. Nous proposons de supprimer cet article qui renonce à la possibilité du gel des crédits des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC). La mission de pilotage de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM), conduite par M. Raoul Briet, avait préconisé de geler 450 à 500 millions d'euros sur les 8 milliards environ que représentent les MIGAC, afin de prévenir l'éventualité de la saisine du comité d'alerte de l'ONDAM en cas de dépassement de la prévision. Cette formule permettait de garder le cap financier fixé.

Nous allons maintenant revenir aux lettres flottantes, avec la dérive financière que devra signaler le comité d'alerte dès le mois de mars ou d'avril.

M. Gérard Bapt. Le précédent gouvernement était lui-même revenu sur ce mécanisme en s'engageant devant notre commission à ne pas remettre en cause les MIGAC et à agir plutôt sur les tarifs. Ce qui est légitime. En effet, le non-respect de l'ONDAM résulte d'une inflation des actes hospitaliers tandis que les MIGAC, fixées dans le cadre de conventions conclues entre les agences régionales de santé et les établissements, doivent être préservées.

M. Christian Paul, rapporteur. Avis défavorable. La pratique du gel des MIGAC, que le précédent gouvernement n'ait d'ailleurs, provoquait de sérieuses difficultés dans les établissements. Nous sortons enfin de cette politique de faux semblants.

Agissant sur les tarifs, il faudra dorénavant mettre en place un système plus fin de coefficients multiplicateurs selon les catégories d'actes. Le Gouvernement y travaille actuellement, en concertation avec les parties prenantes.

M. Jean-Pierre Door. J'évoquais non pas le gel des MIGAC dans leur ensemble, mais seulement celui de la petite partie des crédits mise en réserve, qui faisait d'ailleurs l'objet d'un certain consensus. Les crédits des MIGAC ont été augmentés chaque année au gré des lois successives de financement de la sécurité sociale.

La Commission rejette l'amendement AS 69.

Puis elle adopte l'article 47 bis sans modification.

b. Amendements

- Amendement N°148 présenté par M. Tian et M. Door

ARTICLE 47 BIS

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article vise à remplacer la possibilité d'un gel des crédits des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) par la possibilité d'appliquer un coefficient minorateur à l'ensemble des tarifs de prestations hospitalières.

Cette modification, qui peut paraître technique, remet en réalité en cause un des rares leviers qui a permis un meilleur respect de l'Ondam hospitalier. La régulation infra-annuelle proposée, qui s'apparente à un mécanisme de « tarifs flottants », pénalisera l'ensemble des établissements de santé. La modification des tarifs en cours d'année, sans visibilité pour les établissements, rendrait très difficile l'élaboration de budgets prévisionnels et donc une gestion optimisée et serait quasiment impossible à mettre en œuvre.

Cette mesure s'ajoute à une série d'autres prises ou annoncées au cours de ces derniers mois visant à répondre aux difficultés de trésorerie que rencontrent les établissements publics (arrêté pris en août dernier avançant la date de versement des ressources des établissements du 25 au 20 du mois, possibilité pour les établissements de santé d'émettre des billets de trésorerie) sans engager les réformes structurelles de l'offre de soins hospitalière.

En conséquence, le présent amendement propose la suppression de cet article introduit en 1^{ère} lecture par notre assemblée.

- AMENDEMENT N°250 présenté par le Gouvernement

ARTICLE 47 BIS

I. – Compléter l'alinéa 3 par les mots :

« ainsi que de ses sous-objectifs »

II. – En conséquence, compléter la première phrase de l'alinéa 6 par les mots :

« et de ses sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO.111-3 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de préciser que la procédure instaurée par l'article 47 bis vise à concourir au respect de l'ONDAM et de ses sous-objectifs.

c. Compte-rendu des débats – 2^e séance du 26 novembre 2012

- Article 47 bis

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door, pour soutenir l'amendement n° 148.

M. Jean-Pierre Door. Cet amendement vise à supprimer l'article 47 bis. À titre personnel, je regrette en effet que l'on supprime le gel d'une partie des crédits des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation, les MIGAC, voulu par le comité de pilotage de l'ONDAM.

À la suite d'une étude importante réalisée par ce comité sous l'autorité de M. Raoul Briet, il a été décidé de geler une petite partie des crédits des MIGAC, à hauteur de 450 millions d'euros, de façon à pouvoir réagir si l'ONDAM prenait un mauvais cap en cours d'année. Ainsi, si le comité d'alerte déclenchait la procédure prévue, il était possible de saisir cette petite réserve des MIGAC.

Naturellement, si cette possibilité n'existait plus, nous en reviendrions à un mécanisme de tarifs flottants, c'est-à-dire aux lettres flottantes d'antan ; ce qui serait relativement grave pour les professionnels de santé.

Nous souhaitons donc supprimer l'article 47 bis afin de conserver la possibilité de constituer une réserve au sein des 8 à 10 milliards d'euros de crédits alloués aux MIGAC, soit 450 à 500 millions d'euros. C'est une petite somme, mais qui suffirait à corriger les erreurs du suivi de l'ONDAM en cours d'année.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. Je prends acte de votre exposé des motifs. Néanmoins, il nous est apparu que le gel des crédits des missions d'intérêt général était particulièrement injuste, car il pénalisait en premier lieu les établissements publics.

Le nouveau système proposé par le Gouvernement, en faisant porter le gel sur les tarifs, le fera supporter, avec tout ce que cela peut avoir parfois de problématique, sur l'ensemble des établissements. Ce dispositif est donc à la fois plus équitable et plus transparent.

Le Gouvernement n'ignore pas que cela demandera un travail de concertation. Il faudra consacrer beaucoup de précision et d'intelligence à la conception de ce système de régulation des tarifs ; mais c'est bien dans ce sens que nous souhaitons aller, instruits de l'expérience des dernières années qui n'étaient pas favorables, particulièrement à l'hôpital public. Geler une partie substantielle des MIGAC revenait à créer pour les hôpitaux publics une grande difficulté de pilotage et de visibilité.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, ministre. Défavorable.

(L'amendement n° 148 n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 250 présenté par le Gouvernement.

Mme Marisol Touraine, ministre. Avant de présenter plus précisément cet amendement, je souhaite rappeler le contexte dans lequel nous nous situons.

Depuis l'exercice 2010, la construction de l'ONDAM prévoit une mise en réserve prudentielle, qui permet de gager une éventuelle surexécution des dépenses. Jusqu'à maintenant, ce gel portait sur les dotations dites hors tarif, c'est-à-dire qu'il affectait en particulier les missions d'intérêt général. En trois exercices, pratiquement un milliard d'euros a été gelé sur ces dotations.

Ce mécanisme présentait plusieurs défauts. Tout d'abord, il était injuste parce qu'il ne portait, dans les faits, pratiquement que sur l'hôpital public. Ensuite, il était peu efficace, car il ne prévenait le risque de surexécution que sur des enveloppes fermées ; or, celles-ci ne peuvent pas être à l'origine des dépassements de dépenses, qui ne sont jamais dus aux missions d'intérêt général. Enfin, il contribuait à stigmatiser la spécificité des missions assumées par l'hôpital public, ce qui est indéfendable.

L'article 47 *bis* adopté en première lecture par l'Assemblée nationale offre désormais au Gouvernement la possibilité de faire porter le gel non plus sur les dotations hors tarif, mais sur les tarifs eux-mêmes. Nous pourrions ainsi constituer une réserve de crédits, qui pourra être reversée en totalité ou partiellement selon l'exécution de l'ONDAM ainsi que des objectifs de dépenses votés par la loi de financement.

Il nous semble donc que le processus que nous proposons permet une plus grande équité et une meilleure visibilité de l'allocation des ressources.

Quant à l'amendement n° 250 que nous proposons d'apporter aujourd'hui au dispositif adopté en première lecture, il a pour objet de préciser que la procédure instaurée par l'article 47 *bis* vise à concourir au respect de l'ONDAM, ce qui est acquis, mais également de chacun de ses sous-objectifs, afin d'éviter de faire porter la responsabilité de dérapages dans un des sous-ONDAM par le gel des tarifs hospitaliers.

C'est la raison pour laquelle nous vous demandons d'adopter cet amendement.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. Je suis au regret de vous indiquer, madame la ministre, que la commission des affaires sociales n'a pas accepté cet amendement.

Nous avons en effet, lors de l'examen du projet de loi en première lecture, trouvé un consensus, et accepté à cette occasion votre amendement global qui redéfinissait la procédure de mises en réserve prudentielles que vous venez de rappeler.

Nous avons également adopté un sous-amendement prévoyant que les crédits ainsi mis en réserve seraient dégelés en fonction de l'ONDAM uniquement, et non des évolutions de tel ou tel de ses sous-objectifs, voire des dépenses des autres régimes d'assurance maladie, comme cela a d'ailleurs été proposé.

Nous avons donc souhaité faire en sorte que les tarifs hospitaliers ne deviennent pas la variable d'ajustement de l'ensemble des décisions que nous pouvons être amenés à prendre en cours d'année. L'amendement du Gouvernement, qui réintroduit cette notion de sous-objectif, ouvre la possibilité de faire porter sur les tarifs des établissements de santé, publics ou privés, le dérapage éventuel d'un autre sous-objectif de l'ONDAM quand bien même ce dérapage n'aurait pas, *in fine*, d'impact sur l'évolution de l'ONDAM dans sa globalité.

Vous aviez d'ailleurs donné en séance, madame la ministre, un avis favorable à ce sous-amendement, en rappelant que ce qui compte c'est le respect de l'ONDAM global et non le fait d'ajuster de façon excessivement précise chaque sous-objectif.

Vous comprendrez donc que nous souhaitons maintenir l'équilibre qui avait été trouvé avec le Gouvernement en première lecture. Voilà pourquoi nous suggérons que le Gouvernement retire son amendement et s'en tienne à la rédaction adoptée en première lecture.

M. le président. la parole est à Mme la présidente de la commission.

Mme Catherine Lemorton, présidente de la commission. En tant que présidente de la commission, je suis dans une position délicate puisque, cet après-midi lors la réunion que la commission a tenue au titre de l'article 88, nous avons décidé d'attendre les explications de Mme la ministre avant de nous prononcer sur cet amendement. Aussi, monsieur Paul, il me paraît ennuyeux que vous donniez un avis sur cet amendement au

nom de la commission. Nos collègues ici présents sont en droit de ne pas suivre forcément votre avis puisqu'il était soumis aux explications que devait donner Mme la ministre.

En tant que présidente de la commission, j'appelle mes collègues à la sagesse. Je ne vous suivrai pas forcément, monsieur le rapporteur, dans le vote auquel vous avez appelé.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. Tout à l'heure, je suis intervenu sur l'article, mais personne ne m'a répondu. Je ne savais pas, bien entendu, que l'on allait vivre un drame en direct.

M. Christian Paul, rapporteur. Vous aimez la politique spectacle, à l'UMP !

M. Dominique Tian. Visiblement, le Gouvernement n'est pas suivi par le rapporteur, et le rapporteur n'est pas suivi par Mme la présidente de la commission des affaires sociales.

M. Christian Paul, rapporteur. C'était bien pire dimanche soir, à l'UMP !

M. Dominique Tian. Je suggérerais au groupe SRC de demander une suspension de séance ! (*Exclamations sur les bancs du groupe SRC.*)

À l'article 47, lorsque j'ai indiqué que les tarifs des hôpitaux mais aussi ceux des établissements privés allaient peut-être baisser, j'ai compris que M. Paul pâlisait car il allait devoir aborder ce sujet quelques instants plus tard. Effectivement les 450 millions d'euros servaient à éviter des baisses de tarif des établissements publics ou privés. Comme les tarifs risquent de baisser, l'amendement du Gouvernement n'est pas acceptable. En commission, nous avons estimé qu'il ne fallait surtout pas aller dans le sens souhaité par Mme la ministre.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Door.

M. Jean-Pierre Door. Monsieur le président, ce débat me surprend.

Tout à l'heure, j'ai expliqué que le comité de pilotage de l'ONDAM, qui a travaillé six mois, a préconisé de rétablir les comptes, en cas de dépassement de l'ONDAM de plus de 0,70 %. Soit on baisse alors les tarifs hospitaliers, soit on diminue les objectifs de dépenses des cliniques, soit on baisse les actes médicaux, ce qui voudrait dire que l'on en revient aux lettres clés flottantes et que l'on ne sait plus où on va. Ce comité, qui réunissait des hauts fonctionnaires et des technocrates, et seulement deux élus – un sénateur et un député –, avait proposé de geler 450 millions d'euros, qui correspondaient au dépassement de l'ONDAM des années précédentes, sur 8,5 milliards environ. Dès lors que l'ONDAM aurait été dépassé, on se serait servi de cette réserve. Cette disposition évitait d'aller vers les différenciations de tarifs.

Tout à l'heure, vous n'avez pas accepté ma proposition de maintenir ce gel. Du coup, vous voilà contraints de vous interroger : doit-on minorer ou non les tarifs ? M. Paul a même parlé de réserve, mais c'est bien ce qui existait jusqu'à maintenant.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Il faut distinguer deux débats. Il y a eu d'abord le débat sur l'article 47 *bis* qui a été adopté en première lecture par votre assemblée et qui porte sur la nature du gel, c'est-à-dire de la mise en réserve qui est faite en cas de dépassement des dépenses.

M. Jean-Pierre Door. Vous la supprimez !

Mme Marisol Touraine, ministre. Non !

Votre gouvernement faisait le choix, année après année, de faire porter ce gel prudentiel sur les MIG, c'est-à-dire sur les dépenses hors tarifs. Nous avons contesté ce choix lorsque nous étions dans l'opposition. Il est donc logique que nous le remettions en cause à l'occasion de ce PLFSS. Pour autant, il est nécessaire d'avoir des réserves prudentielles au cas où nous observerions des dérapages.

Puisque nous ne voulons pas prendre ces réserves sur les MIG, nous indiquons clairement qu'elles seront prises sur les tarifs.

M. Dominique Tian. C'est pire !

Mme Marisol Touraine, ministre. Les fédérations hospitalières, publiques et privées, ont entendu et même soutenu nos arguments !

J'ajoute, mesdames, messieurs les députés de l'opposition, qu'au cours des trois dernières années les tarifs ont baissé de 0,25 point chaque année, selon les données de l'assurance maladie. Non seulement vous n'avez pas constitué de réserves prudentielles sur les tarifs, mais vous ne pouvez même pas dire qu'en gelant les MIG vous avez garanti le maintien des tarifs puisqu'ils ont baissé.

Quant à nous, nous assumons clairement le fait que les réserves prudentielles seront faites sur les tarifs, selon des mécanismes qui seront présentés.

À cela s'ajoute un deuxième débat. Celui que vous réactivez aujourd'hui, vous auriez dû le développer en première lecture, puisque nous avons fait voter à ce moment-là un dispositif qui consistait à transférer la réserve prudentielle depuis les dépenses hors tarifs vers les dépenses tarifaires.

Aujourd'hui, c'est un deuxième élément qui vous est présenté. Il s'agit de savoir quelle référence prendre pour dégel les réserves qui ont été réalisées. En cas de non-dépassement de l'objectif de dépenses, bien évidemment il y aura dégel de la réserve prudentielle. Aujourd'hui, en cas de dérapage des dépenses de la médecine de ville, il s'agit de savoir, si les dépenses hospitalières sont respectées, s'il y aura ou non dégel de la réserve faite sur les dépenses hospitalières. Ce que le Gouvernement propose aujourd'hui avec cet amendement, c'est une vision sous-objectif par sous-objectif et non une vision globale.

M. le président. La parole est à M. le rapporteur.

M. Christian Paul, *rapporteur*. Nous souhaitons en rester à l'équilibre auquel nous sommes parvenus en première lecture car il permet d'éviter de prendre en otage les réserves prudentielles qui auront été appliquées sur les tarifs. Ce serait en faire en quelque sorte une variable d'ajustement pour l'ensemble des sous-objectifs de l'ONDAM. Par exemple, en cas de difficulté sur l'aide médico-sociale, la réserve sur les tarifs hospitaliers serait appelée, etc.

Le dispositif proposé par le Gouvernement nous semble être une mécanique dangereuse pour l'hôpital public. Nous souhaitons en rester à l'approche plus souple qui avait été adoptée en première lecture.

(L'amendement n° 250 n'est pas adopté.)

(L'article 47 bis est adopté.)

2. Sénat

Rejet du texte

D. Lecture définitive

RAS

E. Texte adopté

- (AN NL) Article 60 47 bis

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cet avis porte également sur le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'année en cours. » ;

2° À la première phrase du II de l'article L. 162-22-9, la référence : « 3° » est remplacée par la référence : « 4° » ;

3° Après le même article L. 162-22-9, il est inséré un article L. 162-22-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-9-1. – 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.*

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

4° Le I de l'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) Après le 3°, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le coefficient mentionné au I de l'article L. 162-22-9-1. » ;

b) Au dernier alinéa, la référence : « et 3° » est remplacée par les références : « , 3° et 4° ».

Décision n° 2012 - 659 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 61 (ex 48)

(Emission de titres de créances négociables par certains centres hospitaliers régionaux)

Article, consolidation, travaux parlementaires

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article	3
II. Consolidation	3
III. Travaux parlementaires	4

Table des matières

I. Article	3
- (AN NL) Article 61 48.....	3
II. Consolidation	3
A. Code monétaire et financier	3
- Article L. 213-3	3
III. Travaux parlementaires	4
A. Première lecture	4
1. Assemblée nationale	4
a. Projet de loi n°287 déposé le 10 octobre 2012.....	4
- Article 48.....	4
b. Etude d'impact	4
- Article 48	4
c. Amendements.....	8
- Amendement AS 88 NS.....	8
d. Compte-rendu n°09 – Séance de 21 heures du mercredi 17 octobre 2012	9
- Article 48	9
e. Rapport n° 302 de M. PAUL.....	9
f. Avis n°301 déposé le 17 octobre 2012 par Mme RABAULT	12
g. Amendements.....	13
- Amendement N°89	13
- Amendement N°611	13
- Amendement N°577	14
h. Compte-rendu des débats – 2° séance du 26 octobre 2012	14
- Article 48	14
2. Sénat.....	14
a. Projet de loi n° 103 déposé le 6 novembre 2012.....	14
- Article 48.....	14
b. Rapport n° 107 de M. Daudigny	15
c. Avis n°104 déposé le 6 novembre 2012 par Mr CAFFET.....	16
d. Compte-rendu des débats	21
B. Commission mixte paritaire	21
C. Nouvelle lecture	21
1. Assemblée nationale	21
a. Projet de loi n° 415 déposé le 15 novembre 2012.....	21
- Article 48.....	21
b. Rapport n° 430 de M. Bapt	21
c. Amendements.....	21
- Amendement N°149 présenté par M. Tian, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel.....	21
d. Compte-rendu des débats – 2° séance du 26 novembre 2012	22
- Article 48	22
2. Sénat.....	23
D. Lecture définitive.....	23
E. Texte adopté.....	23
- (AN NL) Article 61 48.....	23

I. Article

- (AN NL) Article 61 48

L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est ainsi modifié :

1° Après le 12, il est inséré un 13 ainsi rédigé :

« 13. Les centres hospitaliers régionaux dont la liste est fixée par décret, dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret. » ;

2° Au dernier alinéa, les références : « , 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 » sont remplacées par la référence : « à 13 ».

II. Consolidation

Légende (pour les articles consolidés)

- ~~texte barré~~ : dispositions supprimées

- **texte en gras** : dispositions nouvelles

A. Code monétaire et financier

Livre II : Les produits

Titre Ier : Les instruments financiers

Chapitre III : Titres de créance

Section 1 : Les titres de créances négociables

- **Article L. 213-3**

Modifié par Ordonnance n°2009-80 du 22 janvier 2009 - art. 2

Sont habilités à émettre des titres de créances négociables :

1. Les établissements de crédit, les entreprises d'investissement et la caisse des dépôts et consignations, sous réserve de respecter les conditions fixées à cet effet par le ministre chargé de l'économie ;
2. Les entreprises autres que celles mentionnées au 1, sous réserve de remplir les conditions de forme juridique, de capital et de contrôle des comptes requises pour procéder à une offre au public de titres financiers ou à une admission de titres financiers aux négociations sur un marché réglementé et dont le capital social est précisé par décret, ou des conditions équivalentes pour les entreprises ayant un siège social à l'étranger ;
3. Les entreprises du secteur public dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées au 2 ;
4. Les entreprises du secteur public ne disposant pas de capital social mais qui sont autorisées à procéder à une offre au public ;
5. Les groupements d'intérêt économique et les sociétés en nom collectif, composés exclusivement de sociétés par actions satisfaisant aux conditions prévues au 2 ;
6. Les institutions de la Communauté européenne et les organisations internationales ;
7. La caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1er de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ;
8. Les collectivités locales et leurs groupements ;

9. Les associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou par les articles 21 à 79 du code civil local applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et répondant aux conditions prévues pour l'émission d'obligations par appel public à l'épargne ;

10. Les Etats ;

11. Les organismes de titrisation ;

12. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

13. Les centres hospitaliers régionaux dont la liste est fixée par décret, dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret.

Un décret précise les conditions que doivent remplir les émetteurs mentionnés aux ~~2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12~~ **à 13** et fixe les conditions d'émission des titres de créances négociables.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n°287 déposé le 10 octobre 2012

- Article 48

L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est ainsi modifié :

1° Après le 12, il est inséré un nouvel alinéa ainsi rédigé :

« 13. Les centres hospitaliers régionaux, dont la liste est fixée par décret, dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret. » ;

2° Au dernier alinéa, les mots : « et 12 » sont remplacés par les mots : « , 12 et 13 ».

Exposé des motifs

Dans un contexte marqué par un important resserrement de l'offre bancaire de crédits de court terme, il s'agit d'ouvrir la possibilité à certains établissements hospitaliers d'émettre des billets de trésorerie, de façon à faciliter la couverture des besoins de trésorerie associés à leur fonctionnement.

La liste des centres hospitaliers régionaux fera l'objet d'une fixation par décret afin de limiter le bénéfice de la mesure aux établissements disposant d'une surface financière suffisante et de la capacité à assumer de manière sécurisée une telle fonction sur les marchés financiers. Cette nouvelle possibilité d'émettre des titres de court terme fera l'objet d'un pilotage resserré tant régional que national. Ces dispositions doivent permettre de garantir le bon usage de cet outil dans le cadre d'un impératif plus général de maîtrise des finances publiques.

Compte tenu des difficultés importantes rencontrées par plusieurs établissements, les échéances de versement des caisses de sécurité sociale aux établissements de santé ont dû être modifiées cet été, reportant ainsi sur le régime général (ACOSS) un coût de trésorerie. La présente disposition permettra de limiter ce coût pour la sécurité sociale.

b. Etude d'impact

- Article 48

Autorisation d'émission de billets de trésorerie par certains établissements de santé

I. Présentation de la mesure

1. Présentation du problème à résoudre et nécessité de l'intervention du législateur

Les établissements publics de santé (EPS) doivent disposer d'un solde positif sur leur compte au Trésor conformément au 2° de l'article 26 de la loi organique n° 2001-692 du 1er août 2001 relative aux lois de finances. Pour pallier le décalage éventuel entre leurs flux d'encaissement et de décaissement et optimiser ainsi leur gestion financière, certains établissements ont recours à des lignes de crédit de trésorerie.

Dans le contexte bancaire actuel, l'accès à ces lignes de crédit de trésorerie est devenu moins aisé. Ces difficultés se traduisent notamment par un non renouvellement des lignes de crédit de trésorerie précédemment souscrites ou par une diminution du plafond de tirage autorisé.

Dans ce contexte, l'Etat a dû demander à l'assurance maladie d'intervenir, d'une part pour permettre à plusieurs établissements publics de santé de faire face en urgence à des difficultés de trésorerie et, d'autre part, pour diminuer la contrainte sur l'ensemble du secteur notamment en modifiant par arrêté en date du 18 août 2012 les échéances de versement des crédits assurance maladie aux hôpitaux, pesant ainsi sur la trésorerie du régime général (ACOSS).

Ce coût pour l'assurance maladie n'est pas justifié.

2. Présentation des options d'action possibles et de la mesure retenue

Mesure proposée :

La disposition vise à modifier l'article L. 213-3 du code monétaire et financier afin d'autoriser les centres hospitaliers régionaux (CHR) listés par décret, à l'instar des collectivités locales, à émettre des bons de trésorerie, dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret.

La liste des CHR fera l'objet d'une fixation par décret afin de limiter le bénéfice de la mesure aux établissements disposant d'une surface financière suffisante et de la capacité à assumer de manière sécurisée une telle fonction sur les marchés financiers. Cette nouvelle possibilité d'émettre des titres de court terme fera l'objet d'un pilotage resserré tant régional et que national.

Ces dispositions doivent permettre de garantir le bon usage de cet outil dans le cadre d'un impératif plus général de maîtrise des finances publiques.

Elles complètent les possibilités d'émissions obligataires dont disposent les établissements de santé en tant qu'établissements publics disposant d'une autonomie administrative et financière³⁶ dans la limite et sous les réserves du contrôle exercé par l'ARS (article L. 6143-4 du code de la santé publique).

3. Justification de la place en loi de financement de la sécurité sociale

Cette mesure a un effet sur les charges des établissements de santé, dans la mesure où le différentiel actuel de taux entre l'accès direct au marché et les taux bancaires est d'environ 200 points de base.

Par ailleurs, pour pallier les difficultés de trésorerie des établissements de santé dans le contexte d'accès restreint au crédit, l'Etat a dû demander cet été à l'assurance maladie de modifier les échéances de versement par les caisses de sécurité sociale aux établissements de santé, reportant ainsi sur le régime général (ACOSS) le coût de trésorerie, alors même que la capacité d'emprunt de ce dernier est strictement limitée en LFSS.

Les tensions sur le marché bancaire se sont donc d'ores et déjà traduites par des coûts pour la sécurité sociale en 2012.

La présente disposition permettra de limiter ces coûts sur 2013 et donc les dépenses de la branche maladie du régime général. Elle a donc sa place en quatrième partie de la loi de financement de la sécurité sociale au titre du 2° du C du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

II. Consultations préalables à la saisine du Conseil d'Etat

Les conseils d'administration de l'ACOSS, de la CNAF, de la CNAVTS et du RSI, les conseils de la CNAMTS, de l'UNOCAM, le conseil central d'administration de la MSA ainsi que la commission AT-MP du régime général ont été saisis pour avis en application des dispositions législatives prévoyant explicitement cette saisine pour les projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les résultats des votes et les avis émis par ces organismes sont présentés à la fin de la présente annexe 10 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

Le conseil de l'UNOCAM et le conseil d'administration de la CNSA ont parallèlement été informés du projet de loi. L'UNOCAM a rendu un avis lui aussi retranscrit à la fin de la présente annexe 10.

III. Aspects juridiques

1. Articulation de la mesure avec le droit européen en vigueur

a) La mesure **applique-t-elle** une mesure du droit dérivé européen (directive) ou relève-t-elle de la seule compétence des Etats membres ?

La mesure est de la seule compétence des Etats membres.

b) La mesure est-elle compatible avec le droit communautaire, tel qu'éclairé par la jurisprudence de la Cour de justice des communautés européennes (CJCE) : règles relatives à la concurrence, aux aides d'Etat, à l'égalité de traitement, dispositions de règlement ou de directive...et/ou avec celle de la Cour européenne des droits de l'Homme (CEDH) ?

La mesure est compatible avec le droit européen en vigueur.

2. Introduction de la mesure dans l'ordre juridique interne

a) Possibilité de codification

L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est modifié.

b) Abrogation de dispositions obsolètes

Non

c) Application de la mesure envisagée dans les collectivités d'outre mer

Départements d'outre-mer (Guadeloupe, Guyane, Martinique, Réunion, Mayotte)	Oui
Collectivités d'outre-mer	Non
- Saint-Pierre et Miquelon	Non
- Saint-Martin et Saint Barthélemy	Non
- autres (Polynésie française, Nouvelle Calédonie, Wallis et Futuna, TAAF)	

IV. Evaluation des impacts

1. Impact financier

L'effet attendu est une diminution de 200 points de base de l'accès au financement pour les établissements de santé concernés sur une base de 1 Md€ d'emprunt. Le tendanciel de charges hospitalières à couvrir par l'ONDAM, compte tenu du resserrement du marché du crédit qui renchérit les frais financiers des établissements de santé, en est d'autant diminué.

Organismes impactés (régime, branche, fonds)	Impact financier en droits constatés (en M€)				
	<i>Coût ou moindre recette (signe -)</i> <i>Economie ou recette supplémentaire (signe +)</i>				
	2012 (rectificatif)	2013	2014	2015	2016
Coût évité par la mesure pour la branche maladie du régime général		+ 20	+ 20	+ 20	+ 20

P pour impact financier en année pleine et **R** pour impact en année réelle

2. Impacts économiques, sociaux et environnementaux :

a) impacts économiques

Diminution des charges des établissements de santé et donc des dépenses de la branche maladie du régime général.

b) impacts sociaux

Sans objet

c) impacts sur l'environnement

Sans objet

3. Impacts de la mise en œuvre de la mesure pour les différentes personnes physiques ou morales concernées

a) impact sur les personnes physiques

Sans objet

b) impact sur les administrations publiques ou les caisses de sécurité sociale

La mesure sera gérée par les CHR concernés dans le cadre d'un pilotage resserré tant régional que national.

c) impact sur la charge administrative, dont impact sur les systèmes d'information

L'impact sera marginal pour les établissements concernés

d) impact budgétaire

La mesure sera gérée avec les moyens disponibles.

e) impact sur l'emploi

La mesure sera gérée par des spécialistes des questions financières.

V. Présentation de la mise en œuvre, du suivi et de l'évaluation

1. Liste de tous les textes d'application nécessaires et du délai prévisionnel de leur publication

Un décret simple fixera la liste des établissements autorisés à émettre et les plafonds associés. Il sera publié au début de 2013.

2. Existence de mesures transitoires ?

Non

3. Délais de mise en œuvre pratique par les caisses de sécurité sociale ou les cotisants

Sans objet

4. Modalités d'information des assurés ou cotisants

Sans objet

5. Suivi de la mise en œuvre

- la mesure est-elle couverte par un programme de qualité et d'efficience (PQE) annexé au PLFSS et a-t-elle un impact sur les indicateurs attachés aux PQE ?

Non

- si non, des indicateurs sont-ils prévus ?

Non, mais un suivi très précis de la mesure sera assuré par les services ministériels compétents.

Annexe : version consolidée des articles modifiés

Article L213-3 <i>actuel</i> du code monétaire et financier	Article L213-3 <i>modifié</i> du code monétaire et financier
Sont habilités à émettre des titres de créances négociables : 1. Les établissements de crédit, les entreprises d'investissement et la caisse des dépôts et consignations, sous réserve de respecter les conditions fixées à cet effet par le ministre chargé de l'économie ; 2. Les entreprises autres que celles mentionnées au 1, sous réserve de remplir les conditions de forme juridique, de capital et de contrôle des comptes requises pour procéder à une offre au public de titres financiers ou à une admission de titres financiers aux négociations sur un marché réglementé et dont le capital social est précisé par décret, ou des conditions équivalentes pour les entreprises ayant un siège social à l'étranger ; 3. Les entreprises du secteur public dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées au 2 ; 4. Les entreprises du secteur public ne disposant pas de capital social mais qui sont autorisées à procéder à une offre au public ; 5. Les groupements d'intérêt économique et les sociétés en nom collectif, composés exclusivement de sociétés par actions satisfaisant aux conditions prévues au 2 ; 6. Les institutions de la Communauté européenne et les organisations internationales ; 7. La caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1er de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette	Sont habilités à émettre des titres de créances négociables : 1. Les établissements de crédit, les entreprises d'investissement et la caisse des dépôts et consignations, sous réserve de respecter les conditions fixées à cet effet par le ministre chargé de l'économie ; 2. Les entreprises autres que celles mentionnées au 1, sous réserve de remplir les conditions de forme juridique, de capital et de contrôle des comptes requises pour procéder à une offre au public de titres financiers ou à une admission de titres financiers aux négociations sur un marché réglementé et dont le capital social est précisé par décret, ou des conditions équivalentes pour les entreprises ayant un siège social à l'étranger ; 3. Les entreprises du secteur public dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées au 2 ; 4. Les entreprises du secteur public ne disposant pas de capital social mais qui sont autorisées à procéder à une offre au public ; 5. Les groupements d'intérêt économique et les sociétés en nom collectif, composés exclusivement de sociétés par actions satisfaisant aux conditions prévues au 2 ; 6. Les institutions de la Communauté européenne et les organisations internationales ; 7. La caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'article 1er de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette

<p>sociale ;</p> <p>8. Les collectivités locales et leurs groupements ;</p> <p>9. Les associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou par les articles 21 à 79 du code civil local applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et répondant aux conditions prévues pour l'émission d'obligations par appel public à l'épargne ;</p> <p>10. Les Etats ;</p> <p>11. Les organismes de titrisation ;</p> <p>12. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p> <p>Un décret précise les conditions que doivent remplir les émetteurs mentionnés aux 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 et fixe les conditions d'émission des titres de créances négociables.</p>	<p>sociale ;</p> <p>8. Les collectivités locales et leurs groupements ;</p> <p>9. Les associations régies par la loi du 1er juillet 1901 relative au contrat d'association ou par les articles 21 à 79 du code civil local applicable dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle et répondant aux conditions prévues pour l'émission d'obligations par appel public à l'épargne ;</p> <p>10. Les Etats ;</p> <p>11. Les organismes de titrisation ;</p> <p>12. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.</p> <p>13. Les centres hospitaliers régionaux, dont la liste est fixée par décret, et dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret.</p> <p>Un décret précise les conditions que doivent remplir les émetteurs mentionnés aux 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12 et 13 fixe les conditions d'émission des titres de créances négociables.</p>
--	---

c. Amendements

- Amendement AS 88 NS

présenté par Dominique TIAN

ARTICLE 48

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La situation financière des hôpitaux est préoccupante:

- bien qu'en diminution, le déficit des hôpitaux reste élevé, en particulier dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ;
- le taux d'endettement des établissements de santé publics n'a cessé de croître, passant de 38 % en 2004 à 54 % en 2010, notamment à la suite des différents plans d'investissement hospitaliers. En juillet dernier, l'agence de notation Moody's a abaissé la note des Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), qui sont mis sous surveillance négative, en raison de la situation financière de certains établissements, notamment de l'Outre-Mer.
- Dans ce contexte, il n'est pas raisonnable d'ouvrir la possibilité aux établissements hospitaliers d'émettre des billets de trésorerie c'est-à-dire de « titriser » leur dette pour couvrir des besoins de trésorerie. Cette facilité de financement s'ajoute à celle, prise par arrêté en août 2012, avançant la date de versement des ressources des établissements du 25 au 20 du mois.

Ces mesures risquent de remédier très provisoirement aux difficultés actuelles sans engager les réformes structurelles pourtant nécessaires. Il convient plutôt, suivant les recommandations du rapport IGF-Igas de juillet 2012, de renforcer les mesures d'encadrement des flux de nouveaux emprunts et de maîtrise de l'endettement dans l'esprit du décret du 14 décembre 2011. Celui-ci prévoit notamment d'encadrer le recours à l'emprunt pour les établissements dont la situation financière est déjà dégradée. Il convient, aussi et surtout, d'engager les hôpitaux en situation difficile dans une démarche de performance (rationalisation des achats, externalisation des fonctions supports, optimisation du patrimoine immobilier et foncier, diversification des ressources, etc.).

En conséquence, il est proposé de supprimer cet article.

d. Compte-rendu n°09 – Séance de 21 heures du mercredi 17 octobre 2012

- Article 48

Habilitation des centres hospitaliers régionaux à émettre des titres de créance négociables

L'amendement AS 88 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

La Commission adopte l'article 48 sans modification.

e. Rapport n° 302 de M. PAUL

Tome II Assurance maladie et accidents du travail

III Les mesures nouvelles du projet de loi de financement pour 2013

D Les mesures relatives aux établissements de santé

2. La diversification du financement de la trésorerie des centres hospitaliers régionaux (article 48)

L'article 48 prévoit une modification du code monétaire et financier afin d'autoriser certains établissements publics de santé à émettre des titres de créance négociable (TCN), plus précisément sous la forme de billets de trésorerie. Alors que les besoins de trésorerie non couverts des établissements de santé et des établissements médico-sociaux atteignent, d'après une enquête la Fédération hospitalière de France, plus de 1 milliard d'euros en juillet, l'objectif est de diversifier leurs sources de financement à court terme. Seuls les plus gros établissements seront toutefois autorisés à émettre des billets de trésorerie en raison de la technicité de ces opérations et des montants nécessaires pour que celles-ci soient attractives.

Votre commission approuve cet article tout en insistant sur le caractère indispensable d'un « *pilotage resserré tant régional que national* » évoqué dans l'étude d'impact du projet de loi afin de garantir le bon usage de ce nouvel outil.

(...)

Quatrième partie : Dispositions relatives aux dépenses pour l'exercice 2013

Section 1 : Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 48 (art. L. 213-3 du code monétaire et financier)

Habilitation des centres hospitaliers régionaux à émettre des titres de créance négociables

Le présent article propose de modifier le code monétaire et financier afin d'autoriser certains établissements publics de santé à émettre des titres de créance négociable (TCN), notamment sous la forme de billets de trésorerie. Il permettra ainsi à ces établissements de diversifier le financement de leur trésorerie.

1. Une situation financière délicate

Bien que les derniers chiffres disponibles fassent état d'une réduction du déficit des établissements de santé, leur situation financière reste globalement fragile, voire critique pour un certain nombre d'entre eux.

Entraînés dans une politique d'investissement à la fois disproportionnée et mal pilotée au moment où ils subissaient de plein fouet les effets collatéraux du passage à la tarification à l'activité (T2A) et du processus de convergence intersectorielle, les établissements publics de santé ont vu leurs finances se dégrader dès le début de la crise financière. La contraction de l'offre de crédits, à long terme comme à court terme, pose aujourd'hui de sérieux problèmes aux établissements, à la fois pour le financement de leurs investissements et pour la gestion quotidienne de leur trésorerie.

Les « appels au secours » se sont ainsi multipliés ces derniers mois en raison de l'impossibilité pour certains établissements de faire face à leurs charges d'emprunts ou de payer les salaires des agents. La pression s'est encore exacerbée avec le retrait de Dexia pour les crédits court terme et l'absence actuelle d'alternative pour les établissements hospitaliers. Même si les annonces récentes du groupe Banque populaire – Caisses d'Épargne, en faveur de la « mise à disposition » des collectivités locales et des hôpitaux de solutions de financement (*Le groupe évoque dans son communiqué publié le 3 octobre l'accès au marché obligataire, le recours à la Société crédit foncier (SCF) du Crédit foncier et un fonds commun de titrisation conçu par Natixis.*) à hauteur d'un milliard d'euros (en complément des engagements initiaux de financement du secteur

public de 4 milliards d'euros pour 2012) constituent une bonne nouvelle, il apparaît nécessaire de diversifier le financement des établissements publics de santé, en particulier pour la couverture de leurs besoins courants.

2. Une nouvelle politique de financement à définir

Dans ce contexte, une nouvelle politique d'investissement va être définie par le ministère (cf. *supra* la partie générale du rapport) et des réponses vont être apportées pour aider les établissements à faire face aux besoins urgents de trésorerie.

Le présent article vise ainsi à permettre aux centres hospitaliers régionaux d'émettre des billets de trésorerie afin de couvrir les besoins de trésorerie associés à leur fonctionnement. Une même disposition avait été introduite au bénéfice de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (12° de l'article L. 213-3 du code monétaire et financier).

D'après l'étude d'impact, l'effet attendu de la mesure est une « *diminution de 200 points de base de l'accès au financement pour les établissements de santé concernés sur une base de 1 milliard d'euros d'emprunt [réduisant d'autant] le tendanciel de charges hospitalières à couvrir par l'ONDAM* ». Le coût évité pour l'assurance maladie est ainsi estimé à 20 millions d'euros dès 2013.

Votre rapporteur se félicite de cette perspective mais s'étonne néanmoins que le **coût lié à l'émission de titres de créances négociables** n'ait pas été chiffré par l'étude d'impact pour être déduit de ce montant. Il est peu probable en effet que l'émission de titres de créances négociables n'ait aucun impact sur les charges des établissements étant donnés les prérequis pour mener à bien ce type d'opérations. Ainsi, le rapport établi au nom de la commission des affaires sociales sur le projet de loi de finances pour 2007 (*Rapport n° 3384 de M. Pierre-Louis Fagniez, tome 1 Recettes et équilibre général.*), qui a introduit la possibilité pour l'ACOSS d'émettre des titres de créances négociables, décomptait les coûts de notation à court terme (60 000 euros), le coût de « l'arrangeur » chargé d'organiser la venue sur le marché des billets de trésorerie et de gérer les relations avec la Banque de France (25 000 euros) et le coût de l'inscription en compte chez un intermédiaire habilité.

Plus généralement, votre rapporteur appelle à un pilotage étroit de ces opérations par la tutelle afin, notamment, qu'elles ne se traduisent pas par une fuite en avant dans la trésorerie et n'ait pas un effet contre-productif sur les finances des établissements concernés. L'exposé des motifs de l'article précise d'ailleurs que cette nouvelle possibilité fera l'objet d'un « *pilotage resserré tant régional que national* » afin de garantir le bon usage de ce nouvel outil. Enfin, les établissements concernés pourraient sans doute utilement bénéficier de l'assistance de l'ACOSS, qui dispose désormais d'une expérience de six années sur ces marchés.

L'exemple de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale

Dans un souci de bonne gestion des deniers publics et afin de diminuer le coût de ses financements, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) a développé depuis plusieurs années une gestion plus active de sa trésorerie en veillant à emprunter les ressources nécessaires au meilleur coût et à placer les éventuels excédents aux meilleures conditions. Alors qu'elle se finançait historiquement sur des ressources bancaires, l'ACOSS a ainsi mis en place depuis 2006 une politique de diversification de ses sources de financement au travers d'un programme de billets de trésorerie et plus récemment d'un programme d'*Euro Commercial Paper* (ECP) initié en juillet 2010. Au titre de la mutualisation des trésoreries dites « sociales », l'ACOSS a également pour mission depuis 2009 de mobiliser des concours complémentifs prenant la forme de dépôts de trésorerie ou d'achat de billets de trésorerie opérés par des partenaires de la sphère sociale bénéficiant d'une trésorerie positive.

L'ACOSS gère elle-même ses émissions de billets de trésorerie. Elle a en revanche mandaté l'Agence France Trésor (AFT) pour arranger le programme d'*Euro Commercial Paper*.

Les plafonds des programmes de billets de trésorerie et d'*Euro Commercial Paper* sont respectivement de 25 milliards d'euros et 20 milliards d'euros. Ces deux programmes s'appuient sur des banques placeuses et se sont vus attribuer par les trois agences de notation la note maximale courte terme, soit F1+, P-1 et A-1+. Ces notations sont cependant susceptibles d'être revues à tout moment par les agences.

En 2011, la répartition des financements de l'ACOSS, d'un montant moyen de 15,8 milliards d'euros, a ainsi reposé principalement sur :

- un financement par optimisation des trésoreries publiques et sociales d'un montant de 4 milliards d'euros en moyenne, notamment auprès de partenaires publics tels que l'Agence France Trésor, la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonome (CNSA) et la Caisse nationale du Régime social des indépendants, sous forme de billets de trésorerie ou de dépôt ;
- un financement par émission d'*Euro Commercial Paper* d'un montant moyen de 3 milliards d'euros ;

- un financement par billets de trésorerie auprès du marché (hors partenaires publics) d'un montant moyen de 2,1 milliards d'euros ;
- et un financement assuré par la Caisse des dépôts et consignations (CDC) par le biais d'avances à quelques jours et de prêts d'un montant moyen de 6,7 milliards d'euros, dont l'essentiel provient de la prolongation des prêts 2010 sur le 1^{er} semestre de l'année 2011.

Le financement par émission de billets de trésorerie a représenté 36 % du financement globale de l'ACOSS en 2011. Plus de la moitié des billets de trésorerie ont été émis auprès de partenaires publics (63 %, soit 3,6 milliards d'euros). Les billets à taux fixe ont été émis en moyenne à 0,6 % et ceux à taux variable à 0,85 % (pour un EONIA – *EuroOverNight Index Average*, loyer de l'argent au jour le jour sur les marchés financiers – moyen constaté de 0,87 %). La durée moyenne des émissions a été de 13,9 jours et l'encours moyen de billets s'est élevé à 5,7 milliards d'euros. Au 31 décembre 2011, l'encours total des émissions de marché de l'ACOSS s'élevait à 4,2 milliards pour les billets de trésorerie et 1,4 milliards pour les *Euro commercial paper*, plaçant l'ACOSS parmi les emprunteurs de premier rang du marché de la dette de court terme en France.

Source : site internet de l'ACOSS dédié aux investisseurs et rapport d'activité « Conjoncture et financement » 2011

3. Le dispositif proposé

Le présent article complète l'article L. 213-3 du code monétaire et financier qui fixe la liste des établissements habilités à émettre des titres de créances négociables (TCN), dont font partie les billets de trésorerie (*La précision selon laquelle les établissements concernés sont uniquement autorisés à émettre des billets de trésorerie (et non, par exemple des bon à moyen terme négociables, les autres TCN étant réservés au Trésor ou aux banques) devrait être apportée par décret.*), en y insérant la mention des **centres hospitaliers régionaux** (alinéa 3).

Rappelons qu'aux termes de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, « *les centres hospitaliers qui ont une vocation régionale liée à leur haute spécialisation et qui figurent sur une liste établie par décret sont dénommés centres hospitaliers régionaux* ». L'article D. 6141-15 du code de la santé publique fixe ainsi une liste de 32 établissements hospitaliers régionaux. Ainsi, tous les établissements de santé ne sont donc pas éligibles au dispositif et tous les centres hospitaliers régionaux ne seront pas non plus habilités à émettre des titres de créances négociables dans la mesure où le dispositif renvoie à une « *liste fixée par décret* ». En effet, comme l'indique l'exposé des motifs, seuls les établissements disposant d'une « *surface financière suffisante* » et de la « *capacité à intervenir de manière sécurisée sur les marchés financiers* » devraient être éligibles. Les établissements seront donc sélectionnés en fonction de la masse financière qu'ils représentent et de la maîtrise technique de leurs cellules financières.

En pratique, le dispositif devrait donc être limitée aux plus gros centres hospitaliers universitaires, en particulier l'Assistance Publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP), les Hospices civils de Lyon (HCL) et l'Assistance Publique – Hôpitaux de Marseille (AP-HM), dont les directions financières possèdent les compétences nécessaires pour assurer la conduite et le suivi de ces opérations, puisqu'elles ont déjà réalisé des émissions obligataires.

Le décret susmentionné fixera également pour chacun des établissements autorisés un **plafond global d'émissions**. Ce plafond devra concilier un montant suffisamment attractif pour les investisseurs et une proportion raisonnable au regard de la masse financière des établissements. D'après les informations fournies par le Gouvernement, l'AP-HP, plus gros émetteur, devrait se voir assigner un plafond de 250 millions d'euros satisfaisant à ces deux critères. Ce montant a toutefois vocation à être ré-expertisé un peu plus tard en fonction des tirages prévisionnels. Rappelons que les lignes de trésorerie de l'AP-HP représentent environ 160 millions d'euros (pour un encours moyen est de 60 millions d'euros) : en comparaison, de nombreuses collectivités territoriales ont des montants proches de 100 millions d'euros.

Les titres de créances négociables

Ÿ Définition

Les titres de créances négociables sont des titres financiers émis au gré de l'émetteur, négociables sur un marché réglementé ou de gré à gré, qui représentent chacun un droit de créance. Ils comprennent : les certificats de dépôt (émis par les établissements de crédit ainsi que par la Caisse des dépôts et consignations), les billets de trésorerie et les bons à moyen terme négociables.

Les billets de trésorerie sont émis par les entreprises sur le marché monétaire pour une durée pouvant aller de un jour à un an. Dans la pratique, la durée de vie moyenne des billets de trésorerie est très courte, entre un et trois mois. Ils sont émis par coupure de 150 000 euros minimum.

Un billet de trésorerie peut être émis à un taux fixe ou à un taux variable qui est souvent indexé sur l'EONIA (*EuroOverNight Index Average*, loyer de l'argent au jour sur le marché monétaire). Le taux est essentiellement fonction de trois paramètres : les taux du marché, la qualité de l'entreprise émettrice (qui dépend essentiellement de la notation donnée par les agences de notation pour les grandes entreprises) et la durée du billet. Le billet de trésorerie est le principal instrument de face à face en France : il permet aux entreprises d'emprunter directement à court terme auprès d'autres entreprises sans passer par le système bancaire.

ÿ *Émetteurs*

Seuls sont habilités aujourd'hui à émettre des titres de créances négociables :

1. Les établissements de crédit, les entreprises d'investissement et la Caisse des dépôts et consignations, sous réserve de respecter les conditions fixées à cet effet par le ministre chargé de l'économie ;
2. Les entreprises autres que celles mentionnées au 1, sous réserve de remplir les conditions de forme juridique, de capital et de contrôle des comptes requises pour procéder à une offre au public de titres financiers ou à une admission de titres financiers aux négociations sur un marché réglementé et dont le capital social est précisé par décret*, ou des conditions équivalentes pour les entreprises ayant un siège social à l'étranger ;
3. Les entreprises du secteur public dès lors qu'elles remplissent les conditions fixées au 2 ;
4. Les entreprises du secteur public ne disposant pas de capital social mais qui sont autorisées à procéder à une offre au public ;
5. Les groupements d'intérêt économique et les sociétés en nom collectif, composés exclusivement de sociétés par actions satisfaisant aux conditions prévues au 2 ;
6. Les institutions de la Communauté européenne et les organisations internationales ;
7. La Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ;
8. Les collectivités locales et leurs groupements ;
9. Les associations répondant aux conditions prévues pour l'émission d'obligations par appel public à l'épargne ;
10. Les États ;
11. Les organismes de titrisation ;
12. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

ÿ *Conditions d'émission*

Les titres de créance négociables doivent être inscrits dans un compte-titres tenu par un intermédiaire.

Préalablement à la première émission de titres de créance, l'émetteur doit établir une documentation financière, déposée auprès de la Banque de France, qui porte sur son activité, sa situation économique et financière ainsi que sur le programme d'émission.

Sauf exemption, l'émetteur doit rendre publique une notation de son programme d'émission, obtenue auprès d'une agence spécialisée figurant sur une liste arrêtée par l'autorité administrative compétente ou, le cas échéant, disposer d'un garant bénéficiant d'une telle notation.

* Entreprises revêtant la forme de sociétés par actions, entreprises du secteur public, sociétés coopératives agricoles et sociétés coopératives par action disposant d'un capital dont la partie libérée est au moins égale à 225 000 euros

Le dernier alinéa du présent article (alinéa 4) prévoit enfin une disposition de coordination au sein de l'article L. 213-3 afin de tenir compte de l'introduction de ces nouvelles dispositions.

*

L'amendement AS 88 de M. Dominique Tian n'est pas défendu.

La Commission adopte l'article 48 sans modification.

f. Avis n°301 déposé le 17 octobre 2012 par Mme RABAULT

L'article 48 permet à certains centres hospitaliers régionaux d'émettre des billets de trésorerie. Dans un contexte de resserrement du crédit de court terme, une telle mesure est propre à fluidifier leur trésorerie et donc à faciliter la couverture des besoins associés à leur fonctionnement. La liste des établissements sera fixée

par décret, limitant cette possibilité à ceux disposant d'une surface financière suffisante et de la capacité à assurer une telle fonction. L'effet attendu de la mesure est une diminution de 200 points de base de l'accès au financement pour les établissements de santé concernés (sur une base de 1 milliard d'euros d'emprunt). Elle générerait une économie annuelle 20 millions d'euros.

g. Amendements

- Amendement N°89

présenté par M. Robinet, Mme Dalloz, M. Lazaro, M. Darmanin, M. Morel-A-L'Huissier, M. Decool, Mme Fort, M. Straumann, M. Jacquat, Mme Poletti, M. Daubresse, M. Perrut, M. Philippe Vigier, M. Heinrich et Mme Grommerch

ARTICLE 48

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La situation financière des hôpitaux est préoccupante :

- bien qu'en diminution, le déficit des hôpitaux reste élevé, en particulier dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ;
- le taux d'endettement des établissements de santé publics n'a cessé de croître, passant de 38 % en 2004 à 54 % en 2010, notamment à la suite des différents plans d'investissements hospitaliers. En juillet dernier, l'agence de notation Moody's a abaissé la note des Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), qui sont mis sous surveillance négative, en raison de la situation financière de certains établissements, notamment de l'Outre-Mer.

Dans ce contexte, il n'est pas raisonnable d'ouvrir la possibilité aux établissements hospitaliers d'émettre des billets de trésorerie c'est-à-dire de « titriser » leur dette pour couvrir des besoins de trésorerie. Cette facilité de financement s'ajoute à celle, prise par arrêté en août 2012, avançant la date de versement des ressources des établissements du 25 au 20 du mois.

Ces mesures risquent de remédier très provisoirement aux difficultés actuelles sans engager les réformes structurelles pourtant nécessaires. Il convient plutôt, suivant les recommandations du rapport IGF-Igas de juillet 2012, de renforcer les mesures d'encadrement des flux de nouveaux emprunts et de maîtrise de l'endettement dans l'esprit du décret du 14 décembre 2011. Celui-ci prévoit notamment d'encadrer le recours à l'emprunt pour les établissements dont la situation financière est déjà dégradée. Il convient, aussi et surtout, d'engager les hôpitaux en situation difficile dans une démarche de performance (rationalisation des achats, externalisation des fonctions supports, optimisation du patrimoine immobilier et foncier, diversification des ressources, etc.).

En conséquence, il est proposé de supprimer cet article.

- Amendement N°611

présenté par M. Leonetti, M. Door, M. Jacquat, M. Perrut et Mme Louwagie

ARTICLE 48

À l'alinéa 3, après le mot :

« régionaux »,

insérer les mots :

« ainsi que les groupements hospitaliers ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à élargir aux groupements hospitaliers la possibilité d'émettre des billets de trésorerie afin de faciliter la couverture des besoins de trésorerie associés à leur fonctionnement. Cette possibilité est d'autant plus importante, dans un contexte marqué par un important resserrement de l'offre bancaire de crédits de court terme.

La liste des centres hospitaliers régionaux fera l'objet d'une fixation par décret afin de limiter le bénéfice de la mesure aux établissements disposant d'une surface financière suffisante et de la capacité à assumer de manière sécurisée une telle fonction sur les marchés financiers. Cette nouvelle possibilité d'émettre des titres de court terme fera en outre l'objet d'un pilotage resserré tant régional que national. Ces dispositions doivent permettre de garantir le bon usage de cet outil dans le cadre d'un impératif plus général de maîtrise des finances publiques.

Compte tenu des difficultés importantes rencontrées par plusieurs établissements, les échéances de versement des caisses de sécurité sociale aux établissements de santé ont dû être modifiées cet été, reportant ainsi sur le régime général (ACOSS) un coût de trésorerie. La présente disposition permettra de limiter ce coût pour la sécurité sociale.

- Amendement N°577

présenté par M. Paul

ARTICLE 48

Rédiger ainsi l'alinéa 4 :

« 2° Au dernier alinéa, les références : « , 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 » sont remplacées par la référence : « à 13 » ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement rédactionnel.

h. Compte-rendu des débats – 2^e séance du 26 octobre 2012

- Article 48

M. le président. La parole est à Mme Bérengère Poletti, pour soutenir l'amendement n° 89, qui vise à supprimer l'article 48.

Mme Bérengère Poletti. Il est défendu.

(L'amendement n° 89, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat, pour soutenir l'amendement n° 611.

M. Denis Jacquat. Il est défendu.

(L'amendement n° 611, repoussé par la commission et le Gouvernement, n'est pas adopté.)

M. le président. Je suis saisi d'un amendement rédactionnel n° 577, présenté par M. Paul.

(L'amendement n° 577, accepté par la commission et le Gouvernement, est adopté.)

(L'article 48, amendé, est adopté.)

2. Sénat

a. Projet de loi n° 103 déposé le 6 novembre 2012

- Article 48

L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est ainsi modifié :

1° Après le 12, il est inséré un 13 ainsi rédigé :

« 13. Les centres hospitaliers régionaux dont la liste est fixée par décret, dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret. » ;

2° Au dernier alinéa, les références : « , 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 » sont remplacées par la référence : « à 13 ».

b. Rapport n° 107 de M. Daudigny

Article 48 (art. L. 213-3 du code monétaire et financier) - Emission de titres de créances négociables par certains centres hospitaliers régionaux

Objet : Cet article étend à certains centres hospitaliers régionaux la possibilité d'émettre des titres de créances négociables.

I - Le dispositif proposé

Comme pour les collectivités territoriales, les comptables des établissements publics de santé sont les comptables publics de l'Etat (article L. 6145-8 du code de la santé publique) et les hôpitaux ont l'obligation de déposer leurs fonds auprès de l'Etat, sous réserve de deux exceptions limitées (article L. 6145-8-1). En outre, en application de l'article 26 de la loi organique relative aux lois de finances^{61(*)}, aucun découvert ne peut être consenti sur ce type de compte.

Or, leurs recettes et leurs dépenses (largement constituées du salaire des personnels) connaissent des cycles de versement qui ne peuvent être toujours compatibles.

C'est pourquoi les établissements ont recours, depuis quelques années, à des lignes de trésorerie, contractées auprès des banques et qui constituent des emprunts de court terme, au jour le jour. Du fait de la crise financière, les banques ont diminué les crédits accordés à leurs clients, y compris les hôpitaux, soit en refusant d'attribuer ou de reconduire certaines lignes, soit en réduisant le montant maximum autorisé.

Pour cette raison, certains établissements ont connu de graves difficultés de trésorerie, dépendantes ou non d'un déficit structurel.

Pour améliorer la situation de trésorerie des établissements, le Gouvernement a adopté, le 18 août 2012, un arrêté^{62(*)} anticipant le versement des ressources provenant de l'assurance maladie. Sont ainsi assurés le vingtième jour du mois, plutôt que le vingt-cinquième, les versements de :

- 60 % de l'allocation mensuelle de la dotation annuelle de financement destinée aux activités de soins de suite et de réadaptation et à celles de psychiatrie ;
- l'allocation mensuelle au titre de la dotation liée aux missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (Migac) ;
- la provision représentant 45 % des montants dus au titre de l'activité hospitalière et de la consommation des spécialités pharmaceutiques.

Cette anticipation permet aux établissements de passer dans de meilleures conditions la date de paiement des salaires.

Parallèlement à cette mesure structurante pour l'ensemble des établissements, le Gouvernement souhaite **autoriser certains centres hospitaliers régionaux**, dont la liste sera fixée par décret, **à émettre des titres de créances négociables**.

Ces titres recouvrent trois catégories : des certificats de dépôts (réservés aux établissements de crédit et à la Caisse des dépôts et consignations), des billets de trésorerie et des bons à moyen terme négociables.

Tel est l'objet du présent article, qui prévoit également que le même décret fixera un plafond global d'émissions pour chacun des établissements concernés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre rapporteur

La proposition d'émettre des billets de trésorerie pour certains établissements hospitaliers a déjà été examinée à plusieurs reprises par le Parlement, mais jamais adoptée définitivement.

Les titres de créances négociables sont des titres financiers émis au gré de l'émetteur, négociables sur un marché réglementé ou de gré à gré, qui représentent chacun un droit de créance. Ils peuvent être émis, selon le code monétaire et financier, dans toute devise étrangère.

Les émetteurs de titres de créances négociables établissent préalablement à leur première émission de tels titres **une documentation financière**, qui porte sur leur activité, leur situation économique et financière ainsi que sur le programme d'émission. En outre, les émetteurs doivent rendre publique **une notation** de leur programme d'émission, obtenue auprès d'une agence agréée.

En juillet 2012, une agence internationale a d'ailleurs **dégradé** la note de l'émission obligataire de plusieurs CHU de AAA à Baa1, soit sept rangs en moins dans l'échelle de cette agence^{63(*)}.

En tout état de cause, **une nouvelle note est nécessaire** pour les crédits court-terme car ils ne répondent pas au même « screening » de la part des agences de notation.

Finalement, l'émission de titres de créances négociables présente **un coût** non négligeable, à la fois pour la préparer et pour la suivre dans le temps. Le CHR devra **mettre en place une ingénierie financière sophistiquée** pour gérer l'ensemble du système. Les inconvénients sont donc nombreux : taille critique, coûts fixes, lourdeur des procédures, nouveaux risques à gérer...

Par ailleurs, l'exposé des motifs de l'article évoque uniquement des billets de trésorerie mais rien dans le dispositif législatif ne permet de limiter le mécanisme à cette procédure.

Parallèlement, l'Acos a désormais pris l'habitude d'émettre des billets de trésorerie qui constituent l'un de ses moyens de financement. Le taux moyen de ses billets de trésorerie s'est élevé à 0,24 % en 2012 pour une maturité moyenne de trente-neuf jours. Un taux si bas n'aurait jamais pu être atteint par les CHR. On pourrait donc imaginer que l'Acos apportent des avances de trésorerie aux CHR visés par le présent article ; la somme ainsi mobilisée resterait faible au regard des capacités de l'agence et les établissements n'auraient pas besoin de prendre des risques et d'engager des coûts de gestion inutiles.

A l'initiative de votre rapporteur, la commission a donc adopté **un amendement** pour remplacer la possibilité pour certains CHR d'émettre des titres de créances négociables par des avances de trésorerie à ces CHR par l'Acos. Votre rapporteur est conscient que cet amendement pourrait être déclaré irrecevable par la commission des finances au titre de l'article 40, mais il souhaite poser les termes du débat, au bénéfice des finances publiques et au regard du risque encouru par les établissements.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article ainsi modifié.

c. Avis n°104 déposé le 6 novembre 2012 par Mr CAFFET

2. Autorisation d'émission de billets de trésorerie par certains établissements de santé (article 48)

a) La hausse de l'endettement des établissements publics de santé

Dans sa note de conjoncture sur les finances hospitalières d'avril 2012^{100(*)}, Dexia Crédit Local indique que l'encours de la dette des établissements publics de santé a connu une forte augmentation au cours des années 2000, passant de 8,9 à 24,1 milliards d'euros entre 2001 et 2010. Aussi le poids de la dette hospitalière approche-t-elle désormais 1,2 % du PIB.

(1) Le plan Hôpital 2007

Cette progression serait principalement imputable au plan Hôpital 2007. A plusieurs reprises, la Cour des comptes^{101(*)} a souligné que la mise en oeuvre du plan Hôpital 2007 s'était écartée des paramètres initialement envisagés.

Le plan Hôpital 2007

Le plan Hôpital 2007 visait à moderniser l'offre de soins et le patrimoine hospitalier public et privé. Estimé à 10 milliards d'euros d'investissement et subventionné à hauteur de 6 milliards d'euros, il a été engagé en 2003 afin de relancer l'investissement hospitalier de l'ordre de 30 % par an sur la période 2003-2007.

Ce programme avait pour objectif une mise à niveau accélérée des investissements des établissements de santé. Il s'agissait de répondre à une situation de vétusté des bâtiments et des installations hospitalières et aux nouvelles normes de sécurité et de fonctionnement. De plus, les nouvelles contraintes de mises en oeuvre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) et la mise en oeuvre des plans nationaux (plan Cancer, Périnatalité, Urgences) avaient accentué le besoin d'investissement des établissements de santé.

Le schéma d'origine faisait reposer le financement sur l'assurance maladie, soit directement par des subventions provenant du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP), soit indirectement par des aides à l'exploitation destinées à faciliter le remboursement du capital et

des intérêts. Toutefois, le nombre d'opérations effectivement lancées et leur montant ont dépassé les prévisions initiales. Selon la Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MNAIH)^{102(*)}, cette situation résultait principalement de l'ajout d'opérations en cours de plan et de la sous-estimation du coût réel des opérations engagées. Alors qu'il était estimé initialement à 10 milliards d'euros, le montant d'investissement a atteint 16,8 milliards d'euros. Par conséquent, le taux d'accompagnement par l'assurance maladie des opérations d'investissement a été revu à la baisse pour atteindre, finalement, 35 %.

Bilan financier du plan Hôpital 2007 par type d'établissement

	Nombre d'opérations	Montant*	Aides*	Taux d'accompagnement
EPS ⁽¹⁾	1 090	13 179	4 865	37 %
PSPH ⁽²⁾	206	1 576	519	33 %
Cliniques	570	2 011	411	20 %
TOTAL	1 868	16 766	5 795	35 %

* en millions d'euros

(1) Etablissements publics de santé

(2) Etablissements privés de santé à but non lucratif

Source : MNAIH (2009)

Ce phénomène est particulièrement patent pour les établissements publics de santé. Le montant prévisionnel des investissements pour ces derniers était de 7,5 milliards d'euros ; pourtant, leur investissement total a représenté 13,2 milliards d'euros, ce qui correspond à un dépassement de près de 80 % de la prévision initiale.

Le montant des aides pour cette catégorie d'établissements n'ayant été que de 4,9 milliards d'euros, ces derniers ont massivement recouru à l'emprunt. Ainsi, sur la seule période 2003-2007, la dette des établissements publics de santé s'est accrue de près de 6,1 milliards d'euros.

Aussi les opérations réalisées dans le cadre du plan Hôpital 2007 ont-elles largement contribué à fragiliser la situation financière des établissements publics de santé.

Le centre hospitalier universitaire (CHU) de Caen offre un exemple particulièrement éclairant à cet égard. En effet, dans le cadre du plan précité, cet établissement a réalisé la construction d'un bâtiment « Femme-Enfant-Hématologie » (FEH) sur la base d'un bail emphytéotique hospitalier (BEH) d'une durée de 25 ans. Les chiffres indiqués par la mission d'expertise économique et financière du Trésor public (MEEF) ont permis d'évaluer à 13,5 millions d'euros le coût annuel de ce bail, soit un coût total de 227,5 millions d'euros pour le CHU, déduction faite de l'aide de la tutelle (estimée à 110 millions d'euros)^{103(*)}. Ainsi, les finances du CHU de Caen seront, pour une longue période encore, déstabilisées du fait d'un investissement immobilier, réalisé dans le cadre du plan Hôpital 2007, dont la Chambre régionale des comptes (CRC) de Basse-Normandie a souligné la préparation insuffisamment rigoureuse.

L'évolution du financement des investissements par les établissements publics de santé (2003-2007)

(en millions d'euros)

	2003	2004	2005	2006	2007	Total 2003-2007
Capacité d'autofinancement (1)	2 814	3 478	3 093	3 047	2 877	15 309
Plus-values de cession (2)	49,9	196	77,3	41,5	60,9	426
Subventions d'équipement reçues (3)	269	399	399	283	316	1 666
Financements d'investissement (1)+(2)+(3)	3 133	4 073	3 569	3 372	3 254	17 401
Dépenses d'investissement	3 646	4 418	4 794	5 345	5 617	23 820
Encours de la dette	9 798	10 909	11 962	13 504	15 874	6 076*

* Variation sur la période 2003-2007

Source : commission des finances (à partir des données de la Cour des comptes)

Les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) mise à part, affichent un niveau d'endettement singulièrement élevé, d'un montant de 7,2 milliards d'euros en 2010. La note précitée de Dexia Crédit Local indique, en effet, que la dette des CHRU représente 38,7 % de leurs produits, soit un ratio plus élevé que celui constaté pour les autres catégories d'établissements publics de santé. La dette des CHRU équivaut désormais à 7,1 années de capacité d'autofinancement (CAF).

(2) Un encadrement accru du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé

Le niveau élevé de l'endettement des établissements publics de santé a amené l'Etat à renforcer son contrôle sur le recours à la dette par ces derniers. Ainsi, un décret du 14 décembre 2011^{104(*)} a conditionné le recours à l'emprunt à une autorisation du directeur de l'agence régionale de santé (ARS)^{105(*)} pour les établissements présentant au moins deux des trois caractéristiques suivantes :

- le ratio d'indépendance financière, qui résulte du rapport entre l'encours de dette à long terme et les capitaux permanents, excède 50 % ;
- la durée apparente de la dette excède dix ans ;
- l'encours de la dette, rapporté au total des produits toutes activités confondues, est supérieur à 30 %.

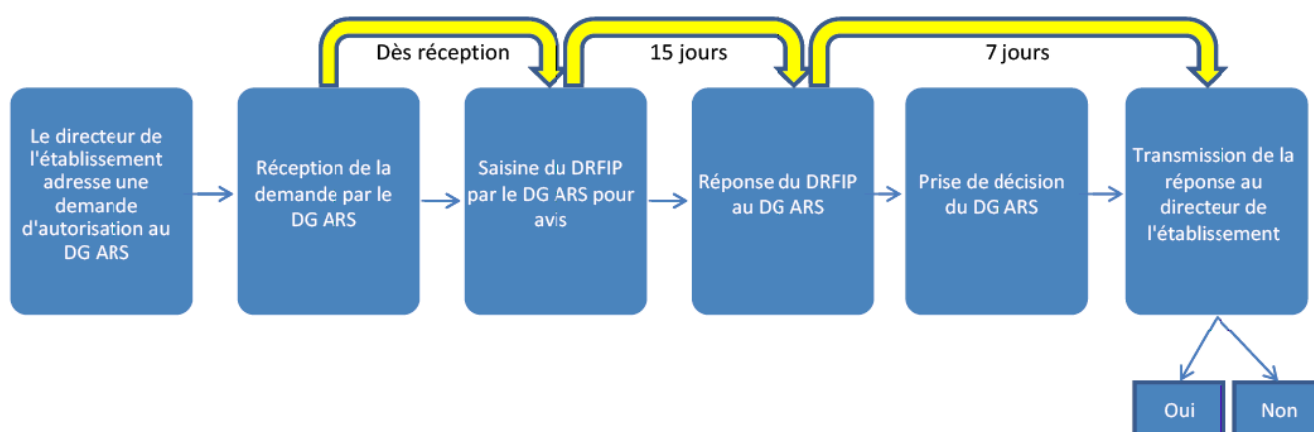
Ratios d'endettement des établissements publics hospitaliers (2010)

	Ratio d'indépendance financière	Durée apparente de la dette	Encours de la dette
Moyenne	47,5 %	6,2 années	34,8 %
Médiane	33 %	3,7 années	23,7 %
Valeur seuil du décret	50 %	10 années	30 %
Part des établissements dépassant la valeur seuil	27 %	19 %	42 %

Source : Dexia Crédit Local (2012)

Ce décret a été adopté en application de l'article 12 de la loi de programmation des finances publiques pour la période 2011-2014^{106(*)}. Son exposé des motifs indiquait, en effet, qu'un plus grand encadrement de recours à la dette par les établissements publics de santé devait permettre de « limiter l'augmentation préoccupante de l'endettement constatée ».

Calendrier de l'autorisation de recours à l'emprunt



Source : circulaire du 8 mai 2012 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé^{107(*)}

En outre, le décret du 14 décembre 2011 fixe les caractéristiques des emprunts bancaires que peuvent négocier les établissements publics de santé, et ce afin de limiter leur exposition au risque de taux d'intérêt. Aussi les emprunts à taux variable doivent-ils répondre à des conditions précises en termes d'indices sous-jacents et de formule d'indexation. En effet, une récente commission d'enquête de l'Assemblée nationale, présidée par Claude Bartolone^{108(*)}, a mis en évidence que les établissements publics de santé totalisaient près de 6 milliards d'emprunts structurés, dont 55,3 % pouvaient être considérés comme à risque.

(3) Le recours à la dette obligataire pour les établissements publics de santé

Certains centres hospitaliers universitaires ont également fait le choix de recourir à des émissions obligataires, en complément des prêts bancaires, pour couvrir leurs besoins de financement.

Dès 2000, l'Assistance Publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) a réalisé sa première **émission d'obligations**. Depuis 2006, l'institution a complété la gamme des instruments dont elle dispose pour gérer sa dette en émettant des **titres de créance de moyen terme**, soit des EMTN (Euro Medium Term Note). Ainsi, la gestion de la dette de l'AP-HP, qui a atteint un montant de 2,2 milliards d'euros en 2010, repose sur un arbitrage constant entre les prêts bancaires à long terme et les émissions obligataires.

A partir de 2009, **des centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU) ont suivi l'exemple de l'AP-HP et ont également émis des obligations**. Une vingtaine de CHRU se sont regroupés pour procéder, à deux reprises, à des émissions obligataires (l'une de 250 millions d'euros et l'autre de 167 millions d'euros). Toutefois, il faut souligner que **les emprunts obligataires représentent un peu moins de 6 % de la dette totale des CHRU**, évaluée à 7,2 milliards d'euros en 2010.

En tout état de cause, **en juillet 2012, l'agence de notation Moody's a annoncé la dégradation des notes attribuées aux deux émissions obligataires réalisées par les CHRU**. La note de la première émission, qui avait eu lieu en 2009 et portait sur un montant de 250 millions d'euros, a été abaissée de AAA à Baa1. La seconde émission, réalisée en 2010 pour 167 millions d'euros, a vu sa note passer de AAA à A1. Dans son communiqué, Moody's a évoqué la « *détérioration rapide de la situation financière de certains hôpitaux* », et notamment celle du CHU de Fort-de-France en Martinique. Il a également mentionné une « *pression particulièrement forte sur la trésorerie des hôpitaux* ».

En effet, **les établissements publics de santé sont aujourd'hui confrontés à d'importants problèmes de trésorerie, et ce en dépit d'une résorption de leur déficit**.

- **b) Une lente résorption du déficit des établissements publics de santé**

Dexia Crédit Local, dans la note de conjoncture sur les finances hospitalières précitée, indique que les établissements publics de santé ont enregistré **un déficit global de 220 millions d'euros en 2010^{109(*)}, stable par rapport à 2009 mais inférieur à celui de 2008, d'un montant de 330 millions d'euros**. En 2007, le déficit avait même atteint son plus haut niveau historique, soit 485 millions d'euros.

La réduction du déficit est concentrée sur les centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU). S'ils totalisent encore 145 millions d'euros de déficit global (hors AP-HP), ces derniers ont amélioré leur résultat en 2010 de près de 120 millions d'euros. Sur les 31 CHRU, 18 étaient encore en déficit en 2010 contre 22 en 2009.

- **c) Des difficultés de trésorerie accrues dans les hôpitaux publics**

Malgré cette amélioration du déficit des établissements publics de santé, ces derniers sont aujourd'hui confrontés à **d'importantes difficultés de trésorerie**.

Le dernier rapport d'information de la Mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale (Mecss) du Sénat^{110(*)}, concernant le financement des établissements de santé, a mis en évidence le fait que la crise économique avait entraîné « *de sérieuses difficultés pour le financement à moyen et long terme des investissements ainsi que pour la gestion de trésorerie courante* ».

Le rapport identifie plusieurs causes à ce phénomène. Tout d'abord, **Dexia Crédit Local, qui représentait autour de 40 % des financements du secteur hospitalier public, est aujourd'hui en voie de démantèlement** et n'accorde plus de nouveaux prêts. Ensuite, nombre de banques ont fortement restreint leurs engagements et renforcé leurs fonds propres, **préparant l'entrée en vigueur des nouvelles règles prudentielles dites « Bâle III »**.

Par ailleurs, la trésorerie des hôpitaux publics est mise sous tension par les mises en réserves et les annulations d'une partie des dotations dévolues aux MIGAC^{111(*)}.

Les difficultés de trésorerie auxquelles sont confrontés les établissements publics de santé rendent la situation de ces derniers extrêmement préoccupante. Dans le cadre de la préparation de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale, votre rapporteur spécial a auditionné Angel Piquemal, directeur général du CHU de Caen depuis octobre 2008^{112(*)}. En septembre dernier, **celui-ci a été contraint de suspendre le versement des cotisations patronales et de décaler le paiement des fournisseurs de l'établissement**. En effet, les deux lignes de trésorerie dont bénéficiait le CHU, pour un montant de 85 millions d'euros, arrivaient à échéance les 3 et 12 octobre sans que leur renouvellement soit assuré.

Cet évènement intervient alors même que le CHU de Caen a fortement réduit son déficit de 34,2 millions d'euros en 2009 à 9,2 millions d'euros en 2011. Il révèle donc bien une dégradation de l'accès aux facilités de

trésorerie par les établissements hospitaliers. Comme l'a souligné Angel Piquemal lors de son audition, **la principale difficulté réside aujourd'hui plus dans l'accès au financement bancaire que dans son coût.**

- **d) L'autorisation d'émission de billets de trésorerie par les établissements publics de santé**

Les difficultés de trésorerie rencontrées par les établissements publics de santé appellent une réponse rapide. Aussi l'article 48 du présent projet de loi propose-t-il d'**habiliter les centres hospitaliers régionaux à émettre des titres de créances négociables.**

Ainsi, il est prévu de modifier l'article L. 213-3 du code monétaire et financier afin d'autoriser les centres hospitaliers régionaux (CHR), dont le liste est arrêtée par décret, à émettre des **titres de créances négociables** (TCN), dont font partie les billets de trésorerie^{113(*)}.

L'émission de billets de trésorerie bénéficierait aux établissements qui, à l'exemple du CHU de Caen, rencontrent actuellement des difficultés de financement de court terme. Toutefois, comme l'a indiqué, Angel Piquemal lors de son audition, **si l'émission de billets de trésorerie peut momentanément aider les établissements publics de santé, elle ne peut constituer le principal levier du rétablissement de leur situation financière.**

A cet égard, **votre rapporteur spécial attend beaucoup de la refondation du financement des établissements de santé** qui s'engage avec l'abrogation de la convergence tarifaire^{114(*)}. En effet, jusqu'à présent la tarification à l'activité (T2A), du fait notamment de la convergence des tarifs à la baisse, ne permettait pas aux établissements de financer leurs investissements, contribuant à la forte dégradation de leur situation financière.

Quoi qu'il en soit, selon l'évaluation préalable annexée au présent article, **le dispositif proposé devrait permettre une diminution, à hauteur de 200 points de base, de l'accès au financement pour les établissements concernés.** Cela permettrait, ainsi, de dégager une économie de près de **20 millions d'euros par an.**

Eu égard à la difficulté actuelle pour les centres hospitaliers régionaux d'obtenir des lignes de crédits auprès des établissements bancaires, **votre rapporteur spécial ne peut qu'être favorable à l'article 48 du présent projet de loi.**

* ¹⁰⁰ *Dexia Crédit Local*, Note de conjoncture - Finances hospitalières. Résultats 2010 et grandes tendances 2011, avril 2012.

* ¹⁰¹ Cf. Cour des comptes, Rapport 2009 sur l'application des lois de financements de la sécurité sociale, septembre 2009.

* ¹⁰² *Mission nationale d'appui à l'investissement hospitalier (MNAIH)*, La réalisation du plan d'investissement national « Hôpital 2007 » - Synthèse, août 2009.

* ¹⁰³ *Chambre régionale des comptes (CRC) de Basse-Normandie*, Rapport d'observations définitives sur la gestion du centre hospitalier universitaire de Caen - Années 2005 à 2009, mars 2011.

* ¹⁰⁴ *Décret n° 2011-1872 du 14 décembre 2011 relatif aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé (modifié par le décret n° 2012-700 du 7 mai 2012).*

* ¹⁰⁵ *La demande d'autorisation de recours à l'emprunt auprès du directeur de l'agence régionale de santé (ARS) donne également lieu à un avis du directeur régional des finances publiques.*

* ¹⁰⁶ *Loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014.*

* ¹⁰⁷ *Circulaire interministérielle n° DGOS/DGFiP/2012/195 du 9 mai 2012 relative aux limites et réserves du recours à l'emprunt par les établissements publics de santé.*

* ¹⁰⁸ *Rapport n° 4030 (XIIIe législature), fait par Claude Bartolone et Jean-Pierre Gorges au nom de la commission d'enquête de l'Assemblée nationale sur les produits financiers à risque souscrits par les acteurs publics locaux, 6 décembre 2011.*

* ¹⁰⁹ *Le déficit global constaté en 2010 reprend le résultat des 70 % d'établissements en excédent, pour un montant de 380 millions d'euros, et les 600 millions d'euros de déficit cumulés par les 30 % d'établissements déficitaires.*

* ¹¹⁰ *Rapport d'information n° 703 (2011-2012) sur le financement des établissements de santé, fait par Jacky Le Menn et Alain Milon au nom de la mission d'évaluation et de contrôle de la sécurité sociale de la commission des affaires sociale du Sénats, juillet 2012.*

* ¹¹¹ Il s'agit des dotations consacrées au financement des missions d'intérêt général et à l'aide à la contractualisation.

* ¹¹² Audition d'Angel Piquemal, directeur général du centre hospitalier universitaire de Caen, jeudi 25 octobre 2012.

* ¹¹³ Selon l'article D. 213-1 du code monétaire et financier (CMF), les billets de trésorerie ont une durée inférieure ou égale à un an. Le décret d'application de l'article L. 213-3 du CMF devrait préciser que les centres hospitaliers régionaux ne peuvent émettre que des billets de trésorerie, à l'exclusion d'autres types de titres de créances négociables (TCN).

* ¹¹⁴ Cf. article 47 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2013.

d. Compte-rendu des débats

Rejet du texte

B. Commission mixte paritaire

Echec

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

a. Projet de loi n° 415 déposé le 15 novembre 2012

- Article 48

L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est ainsi modifié :

1° Après le 12, il est inséré un 13 ainsi rédigé :

« 13. Les centres hospitaliers régionaux dont la liste est fixée par décret, dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret. » ;

2° Au dernier alinéa, les références : « , 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 » sont remplacées par la référence : « à 13 ».

b. Rapport n° 430 de M. Bapt

RAS

c. Amendements

- Amendement N°149 présenté par M. Tian, Mme Boyer, M. Verchère et M. Vitel

ARTICLE 48

Supprimer cet article.

EXPOSÉ SOMMAIRE

La situation financière des hôpitaux est préoccupante :

-bien qu'en diminution, le déficit des hôpitaux reste élevé, en particulier dans les centres hospitaliers universitaires (CHU) ;

-le taux d'endettement des établissements de santé publics n'a cessé de croître, passant de 38 % en 2004 à 54 % en 2010, notamment à la suite des différents plans d'investissements hospitaliers. En juillet dernier, l'agence de notation Moody's a abaissé la note des Centres hospitaliers régionaux universitaires (CHRU), qui sont mis sous surveillance négative, en raison de la situation financière de certains établissements, notamment de l'Outre-Mer.

-Dans ce contexte, il n'est pas raisonnable d'ouvrir la possibilité aux établissements hospitaliers d'émettre des billets de trésorerie c'est-à-dire de « titriser » leur dette pour couvrir des besoins de trésorerie. Cette facilité de financement s'ajoute à celle, prise par arrêté en août 2012, avançant la date de versement des ressources des établissements du 25 au 20 du mois.

Ces mesures risquent de remédier très provisoirement aux difficultés actuelles sans engager les réformes structurelles pourtant nécessaires. Il convient plutôt, suivant les recommandations du rapport IGF-Igas de juillet 2012, de renforcer les mesures d'encadrement des flux de nouveaux emprunts et de maîtrise de l'endettement dans l'esprit du décret du 14 décembre 2011. Celui-ci prévoit notamment d'encadrer le recours à l'emprunt pour les établissements dont la situation financière est déjà dégradée. Il convient, aussi et surtout, d'engager les hôpitaux en situation difficile dans une démarche de performance (rationalisation des achats, externalisation des fonctions supports, optimisation du patrimoine immobilier et foncier, diversification des ressources, etc.).

En conséquence, il est proposé de supprimer cet article.

d. Compte-rendu des débats – 2^e séance du 26 novembre 2012

- Article 48

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian, pour soutenir l'amendement n° 149.

M. Dominique Tian. La situation financière des hôpitaux est préoccupante. Le déficit des hôpitaux reste élevé et l'abandon de la T2A ne va pas arranger les choses.

Le taux d'endettement des établissements de santé publics n'a cessé de croître, passant de 38 % en 2004 à 54 % en 2010. Dans ce contexte, le groupe UMP se demande s'il est raisonnable d'ouvrir aux établissements hospitaliers la possibilité d'émettre des billets de trésorerie, c'est-à-dire de titriser leur dette pour couvrir des besoins de trésorerie. Cette facilité de financement s'ajoute à celle prise par arrêté en 2012 qui avançait du 25 au 20 du mois la date de versement des ressources des établissements. C'est dire la gravité de la situation.

Je vous rappelle que l'IGAS a commis un rapport en juillet 2012 qui préconise de renforcer les mesures d'encadrement des flux des nouveaux emprunts et de maîtriser l'endettement des hôpitaux. Or vous allez faire exactement le contraire.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, *rapporteur.* La T2A a beaucoup contribué à étrangler l'hôpital public. C'était d'ailleurs un de ses principaux effets pervers.

Les modes de financement proposés dans cet article sont strictement limités à l'émission de billets de trésorerie par les très grands centres hospitaliers, en l'occurrence l'AP-HP et les hôpitaux de Lyon et de Marseille, avec un plafond d'émissions qui sera encadré par voie réglementaire. C'est donc une modalité tout à fait utile et urgente pour la trésorerie des hôpitaux.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

Mme Marisol Touraine, *ministre.* Avis défavorable.

Nous sommes dans un contexte marqué par le resserrement de l'accès au crédit. Les établissements hospitaliers, et en particulier les plus importants, rencontrent des difficultés pour se financer. Il s'agit donc de leur permettre d'accéder à des ressources de manière plus simple.

J'ajoute que les quatre cinquièmes des établissements hospitaliers sont aujourd'hui à l'équilibre.

M. le président. La parole est à M. Dominique Tian.

M. Dominique Tian. M. Germain avait souhaité que la MECSS se penche sur les emprunts toxiques qui auraient été contractés par les groupes hospitaliers pour les CHU. Cela semblait même presque obsessionnel

chez lui. Il semblait détenir des informations montrant que beaucoup de centres hospitaliers avaient des problèmes d'emprunts toxiques. Le moment est peut-être venu de se poser la question.

(L'amendement n° 149 n'est pas adopté.)

(L'article 48 est adopté.)

2. Sénat

Rejet du texte

D. Lecture définitive

RAS

E. Texte adopté

- (AN NL) Article 61 48

L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est ainsi modifié :

1° Après le 12, il est inséré un 13 ainsi rédigé :

« 13. Les centres hospitaliers régionaux dont la liste est fixée par décret, dans la limite d'un plafond global d'émissions fixé pour chacun d'entre eux par le même décret. » ;

2° Au dernier alinéa, les références : « , 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 et 12 » sont remplacées par la référence : « à 13 ».

Décision n° 2012 – 659 DC

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2013

Article 72 (ex 57 A)

(Indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux des victimes d'une hépatite transfusionnelle)

**Article, consolidation, travaux
parlementaires**

Source : services du Conseil constitutionnel © 2012

Sommaire

I. Article	3
II. Consolidation	4
III. Travaux parlementaires	8

Table des matières

I. Article	3
- (AN NL) Article 72 57 A.....	3
II. Consolidation	4
A. Code de la santé publique.....	4
- Article L1142-22	4
- Article L1142-23	5
- Article L1142-24-3	6
- Article L1221-14	6
B. Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009	7
III. Travaux parlementaires	8
A. Première lecture	8
1. Assemblée nationale	8
a. Amendement à l'origine de la disposition	8
1 - Amendement n° 793 présenté par le Gouvernement le 26 octobre 2012.....	8
b. Rapport n°302 déposé le 17 octobre 2012 de M. Christian Paul (Tome II).....	10
1 - Propos généraux sur l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et état du droit	10
c. Compte-rendu des débats – 2 ^{ème} séance du vendredi 26 octobre	12
2. Sénat.....	13
a. Projet de loi (TA n°29).....	13
- Article 57 A (<i>nouveau</i>)	13
b. Rapport n° 107 déposé le 7 novembre 2012 de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy - Examen des articles (Tome VII)	14
c. Compte-rendu des débats	15
B. Commission mixte paritaire : désaccord	15
C. Nouvelle lecture	16
1. Assemblée nationale	16
a. Rapport n°430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Levy.....	16
b. Compte-rendu des débats– 2 ^{ème} séance du lundi 26 novembre 2012.....	16
c. Texte adopté par l'AN (TA n°46) – Sans changement	16
2. Sénat.....	17
a. Rapport n°164 déposé le 27 novembre 2012 par M. Yves Daudigny.....	17
b. Compte-rendu des débats Sénat– séance du 29 novembre 2012 - Néant.....	17
D. Texte adopté (TA n°54).....	18

I. Article

- (AN NL) Article 72 57-A

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 1142-22, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

2° L'article L. 1142-23 est ainsi modifié :

a) Le 7° est abrogé ;

b) Le 8° devient le 7° ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 1142-24-3, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C, par le virus T-lymphotropique humain » ;

4° L'article L. 1221-14 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

– après le mot : « indemnisées », sont insérés les mots : « au titre de la solidarité nationale » ;

– sont ajoutés les mots : « , à l'exception de la seconde phrase du premier alinéa » ;

b) (*supprimé*)

b) c) Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

– la seconde phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« L'office recherche les circonstances de la contamination. S'agissant des contaminations par le virus de l'hépatite C, cette recherche est réalisée notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. » ;

c) d) L'avant-dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office 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 en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« L'office et les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'Établissement français du sang, venu aux droits et obligations des structures mentionnées à l'avant-dernier alinéa, si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

II. – Le IV de l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office 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 en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« Les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

III. – Le dernier alinéa du *b a* et le *d c* du 4° du I s'appliquent aux actions juridictionnelles engagées à compter de la date du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

Le II s'applique aux actions juridictionnelles en cours à la date du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

IV. – Lorsque l'Établissement français du sang et un assureur ont mis fin aux contrats conclus entre l'assureur et l'un des centres de transfusion sanguine repris par l'Établissement français du sang en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine couvrant l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la 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, le montant de la somme perçue à ce titre par l'Établissement français du sang est rétrocédé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ce montant est réparti entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

II. Consolidation

A. Code de la santé publique

Partie législative

Première partie : Protection générale de la santé

Livre Ier : Protection des personnes en matière de santé

Titre IV : Réparation des conséquences des risques sanitaires

Chapitre II : Risques sanitaires résultant du fonctionnement du système de santé

Section 4 : Indemnisation des victimes

- Article L1142-22

Modifié par LOI n°2011-900 du 29 juillet 2011 - art. 57 (V)

L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales est un établissement public à caractère administratif de l'Etat, placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé. Il est chargé de l'indemnisation au titre de la solidarité nationale, dans les conditions définies au II de l'article L. 1142-1, à l'article L. 1142-1-1 et à l'article L. 1142-17, des dommages occasionnés par la survenue d'un accident médical, d'une affection iatrogène ou d'une infection nosocomiale ainsi que des indemnisations qui lui incombent, le cas échéant, en application des articles L. 1142-15, L. 1142-18 et L. 1142-24-7.

L'office est également chargé de la réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire en application de l'article L. 3111-9, de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application de l'article L. 3122-1, de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C **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 en application de l'article L. 1221-14 et de la réparation des dommages

imputables directement à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures prises conformément aux articles L. 3131-1 et L. 3134-1.

L'office est en outre chargé, dans les conditions définies à la section 4 bis du présent chapitre, de faciliter et, s'il y a lieu, de procéder au règlement amiable des litiges relatifs aux dommages causés par le benfluorex.

Les obligations de l'association France-Hypophyse nées de son rôle dans l'organisation du traitement des patients par l'hormone de croissance extractive entre 1973 et 1988 sont transférées à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

L'office est administré par un conseil d'administration dont la composition est fixée par un décret en Conseil d'Etat. Il comprend, outre son président, pour moitié des représentants de l'Etat et pour moitié des personnalités qualifiées ainsi que des représentants des usagers, des professionnels et établissements de santé, des organismes d'assurance maladie et du personnel de l'office.

Le président du conseil d'administration et le directeur de l'office sont nommés par décret.

Les agents de l'office sont régis par les dispositions des articles L. 5323-1 à L. 5323-4.

Les membres du conseil d'administration, le personnel de l'office ainsi que les personnes ayant à connaître des informations détenues par celui-ci sont tenus au secret professionnel, dans les conditions et sous les peines prévues aux articles 226-13 et 226-14 du code pénal.

- Article L1142-23

Modifié par LOI n°2011-900 du 29 juillet 2011 - art. 57 (V)

L'office est soumis à un régime administratif, budgétaire, financier et comptable défini par décret.

Les charges de l'office sont constituées par :

1° Le versement d'indemnités aux victimes d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes et d'infections nosocomiales en application des dispositions du présent chapitre ;

2° Le versement d'indemnités en réparation des dommages directement imputables à une vaccination obligatoire en application de l'article L. 3111-9 ;

3° Le versement d'indemnités aux victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus d'immunodéficience humaine en application de l'article L. 3122-1 ;

3° bis Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1221-14 ;

3° ter Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1142-24-7 ;

4° Le versement des indemnités prévues à l'article L. 3131-4 aux victimes de dommages imputables directement à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures prises conformément aux articles L. 3131-1 et L. 3134-1 ;

5° Les frais de gestion administrative de l'office et des commissions régionales et interrégionales ;

6° Les frais résultant des expertises diligentées par les commissions régionales et interrégionales ainsi que des expertises prévues pour l'application des articles L. 1142-24-4, L. 1221-14, L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-2.

Les recettes de l'office sont constituées par :

1° Une dotation globale versée par les organismes d'assurance maladie dans des conditions fixées par décret. La répartition de cette dotation entre les différents régimes d'assurance maladie s'effectue dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale. Le montant de cette dotation est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale ;

2° Le produit des remboursements des frais d'expertise prévus aux articles L. 1142-24-4, L. 1221-14, L. 1142-14 et L. 1142-15 ;

3° Le produit des pénalités prévues aux articles L. 1142-14, L. 1142-15, L. 1142-24-6 et L. 1142-24-7 ;

4° Le produit des recours subrogatoires mentionnés aux articles L. 1221-14, L. 1142-15, L. 1142-17, L. 1142-24-7, L. 3131-4, L. 3111-9 et L. 3122-4 ;

5° Une dotation versée par l'Etat en application de l'article L. 3111-9 ;

6° Une dotation versée par l'Etat en application de l'article L. 3131-4 ;

~~7° Une dotation versée par l'Etablissement français du sang couvrant l'ensemble des dépenses exposées en application de l'article L. 1221-14. Un décret fixe les modalités de versement de cette dotation ;~~

§^o 7^o Une dotation versée par l'Etat en application de la section 4 bis du présent chapitre.

Section 4 bis : Indemnisation des victimes du benfluorex

- **Article L1142-24-3**

Modifié par LOI n°2011-2012 du 29 décembre 2011 - art. 1

Le conseil d'orientation mentionné aux articles L. 3111-9 et L. 3122-1 exerce auprès du conseil d'administration de l'office, s'agissant des dommages mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 1142-22, les mêmes attributions que pour les questions relatives à l'indemnisation des préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite ~~C~~ **hépatite B ou C, par le virus T-lymphotropique humain** ou par le virus d'immunodéficience humaine causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang, des préjudices directement imputables à une vaccination obligatoire réalisée en application de l'article L. 3111-4 et des préjudices imputables à une activité de prévention, de diagnostic ou de soins réalisée en application de mesures prises conformément aux articles L. 3131-1 ou L. 3134-1.

Lorsque le conseil d'orientation est saisi de questions relatives à l'indemnisation des dommages mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 1142-22, sa composition est adaptée à ces questions, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat.

NOTA:

Loi n° 2011-2012 du 29 décembre 2011 article 41 I : Les présentes dispositions prennent effet à la date d'entrée en vigueur du décret prévu à l'article L. 1451-3 du code de la santé publique et au plus tard le 1er août 2012.

Le décret n° 2012-745 du 9 mai 2012 pris en application de l'article L. 1451-3 du code de la santé publique est entré en vigueur le 1er juillet 2012.

Livre II : Don et utilisation des éléments et produits du corps humain

Titre II : Sang humain

Chapitre Ier : Collecte, préparation et conservation du sang, de ses composants et des produits sanguins labiles.

- **Article L1221-14**

Modifié par LOI n°2010-1594 du 20 décembre 2010 - art. 65

Les victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite ~~C~~ **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 réalisée sur les territoires auxquels s'applique le présent chapitre sont indemnisées **au titre de la solidarité nationale** par l'office mentionné à l'article L. 1142-22 dans les conditions prévues à la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 3122-1, aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3122-2, au premier alinéa de l'article L. 3122-3 et à l'article L. 3122-4 **, à l'exception de la seconde phrase du premier alinéa.**

Dans leur demande d'indemnisation, les victimes ou leurs ayants droit justifient de l'atteinte par le virus de l'hépatite ~~C~~ **hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain** et des transfusions de produits sanguins ou des injections de médicaments dérivés du sang. ~~L'office recherche les circonstances de la contamination, notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. L'office recherche les circonstances de la contamination.~~ **S'agissant des contaminations par le virus de l'hépatite C, cette recherche est réalisée notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.** Il procède à toute investigation sans que puisse lui être opposé le secret professionnel.

L'offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis du fait de la contamination est faite à la victime dans les conditions fixées aux deuxième, troisième et cinquième alinéas de l'article L. 1142-17.

La victime dispose du droit d'action en justice contre l'office si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans un délai de six mois à compter du jour où l'office reçoit la justification complète des préjudices ou si elle juge cette offre insuffisante.

La transaction à caractère définitif ou la décision juridictionnelle rendue sur l'action en justice prévue au précédent alinéa vaut désistement de toute action juridictionnelle en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle visant à la réparation des mêmes préjudices.

La transaction intervenue entre l'office et la victime, ou ses ayants droit, en application du présent article est opposable à l'assureur, sans que celui-ci puisse mettre en œuvre la clause de direction du procès éventuellement contenue dans les contrats d'assurance applicables, ou, le cas échéant, au responsable des dommages, sauf le droit pour ceux-ci de contester devant le juge le principe de la responsabilité ou le montant des sommes réclamées. L'office et l'Etablissement français du sang peuvent en outre obtenir le remboursement des frais d'expertise. Quelle que soit la décision du juge, le montant des indemnités allouées à la victime ou à ses ayants droit leur reste acquis.

~~L'action subrogatoire prévue à l'article L. 3122-4 ne peut être exercée par l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré, sauf si la contamination trouve son origine dans une violation ou un manquement mentionnés à l'article L. 1223-5.~~

Lorsque l'office 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 en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

L'office et les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'Établissement français du sang, venu aux droits et obligations des structures mentionnées à l'avant-dernier alinéa, si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré.

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

B. Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009

Article 67

(...)

IV.-A compter de la date d'entrée en vigueur du présent article, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales se substitue à l'Etablissement français du sang dans les contentieux en cours au titre des préjudices mentionnés à l'article L. 1221-14 du code de la santé publique n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable.

Dans le cadre des actions juridictionnelles en cours visant à la réparation de tels préjudices, pour bénéficier de la procédure prévue à l'article L. 1221-14 du même code, le demandeur sollicite de la juridiction saisie un sursis à statuer aux fins d'examen de sa demande par l'office.

Cependant, dans ce cas, par exception au quatrième alinéa de l'article L. 1221-14 du même code, l'échec de la procédure de règlement amiable ne peut donner lieu à une action en justice distincte de celle initialement engagée devant la juridiction compétente.

Lorsque l'office 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 en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du

30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

Les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré.

VI.-Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 117 millions d'euros.

III. Travaux parlementaires

A. Première lecture

1. Assemblée nationale

a. Amendement à l'origine de la disposition

1 - Amendement n° 793 présenté par le Gouvernement le 26 octobre 2012

AVANT L'ARTICLE 57, insérer l'article suivant:

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 1142-22, le mot : « C » est remplacé par les mots : « B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

2° L'article L. 1142-23 est ainsi modifié :

a) Le 7° est abrogé ;

b) Au début du 8°, la référence : « 8° » est remplacée par la référence : « 7° » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 1142-24-3, le mot : « C » est remplacé par les mots : « B ou C, par le virus T-lymphotropique humain » ;

4° L'article L. 1221-14 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa, le mot : « C » est remplacé par les mots : « B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

b) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– après le mot : « indemnisées », sont insérés les mots : « au titre de la solidarité nationale » ;

– il est complété par les mots : « à l'exception de la seconde phrase du premier alinéa » ;

c) Au deuxième alinéa, la seconde phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées : « L'office recherche les circonstances de la contamination. S'agissant des contaminations par le virus de l'hépatite C, cette recherche est réalisée notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. » ;

d) L'avant-dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office 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 en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi n° 2000-1353 du 30 décembre 2000 de finances rectificative pour 2000 et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« L'office et les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'Établissement français du sang, venu aux droits et obligations des structures mentionnées à l'alinéa précédent, si l'établissement de

transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

II. – Le IV de l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office 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 en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi n° 2000-1353 du 30 décembre 2000 de finances rectificative pour 2000 et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« Les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

III. – Les dispositions du troisième alinéa du b) et le d) du 4° du I s'appliquent aux actions juridictionnelles engagées à compter de la date du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

Les dispositions du II s'appliquent aux actions juridictionnelles en cours à la date du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

IV. – Lorsque l'Établissement français du sang et un assureur ont mis fin aux contrats conclus entre l'assureur et l'un des centres de transfusion sanguine repris par l'Établissement français du sang en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi n° 2000-1353 du 30 décembre 2000 de finances rectificative pour 2000 et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, couvrant l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la 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, le montant de la somme perçue à ce titre par l'Établissement français du sang est rétrocédé à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ce montant est réparti entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

EXPOSÉ SOMMAIRE

I. Le 1° du I élargit les missions de l'ONIAM pour le charger de l'indemnisation amiable des victimes du virus de l'hépatite B et du virus T lymphotrope humain transmis par voie transfusionnelle. Ces dernières disposeront ainsi d'une alternative à la voie contentieuse pour voir indemniser leurs préjudices.

II. Le 2° du I supprime le versement par l'EFS à l'ONIAM d'une dotation pour le financement des dépenses liées aux indemnisations des victimes du VHC, puisque celles-ci seront financées par la dotation versée à l'ONIAM par l'assurance maladie mentionnée au 1° de l'article L. 1142-23 du code de la santé publique.

III. Le 3° du I et le a) et c) du 4° du I précisent le régime des actions amiables d'indemnisation du virus de l'hépatite B et du virus T lymphotrope humain.

IV. Le deuxième alinéa du b) du 4° du I consacre expressément le fait que l'ONIAM intervient au titre de la solidarité nationale lorsqu'il indemnise les dommages subis par les victimes de contamination.

Le troisième alinéa du b) du 4° du I prévoit que le recours subrogatoire de l'ONIAM et, par conséquent, celui des tiers payeurs en application de l'avis contentieux du Conseil d'Etat en date du 18 mai 2011 n° 343823, peuvent s'exercer contre l'EFS que le dommage subi par la victime résulte ou non d'une faute.

Le d) du 4° du I porte sur les contentieux concernant les anciens centres de transfusion sanguine, aux droits et obligations desquels est venu l'EFS.

Il prévoit que lorsque l'ONIAM a indemnisé une victime, il pourra directement demander la garantie des assureurs des structures de transfusion sanguine dont les contrats d'assurance ont été transférés à l'EFS. Le III prévoit que le d) du 4° du I s'applique aux contentieux engagés à compter du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

Le d) du 4° du I précise également que, pour ces litiges, les actions subrogatoires de l'office et des tiers payeurs ne peuvent s'exercer contre l'EFS qu'à condition que les établissements de transfusion sanguine aient été assurés.

V. Le II prévoit que lorsque l'ONIAM a indemnisé une victime et, le cas échéant, remboursé des tiers payeurs dans le cadre du régime transitoire prévu au IV de l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 septembre 2008 de financement pour la sécurité sociale pour 2009, il pourra également directement demander la garantie des assureurs des structures de transfusion sanguine dont les contrats d'assurance ont été transférés à l'EFS. Le III précise que les dispositions du II ont vocation à s'appliquer aux contentieux en cours à la date du 1^{er} juin 2010 sous réserve des décisions passées en force de chose jugée.

Il rétablit un alinéa prévoyant que les tiers payeurs ne peuvent agir contre l'ONIAM que si le centre de transfusion sanguine à l'origine du dommage est assuré.

VI. Le IV intervient dans la perspective de la conclusion de conventions mettant fin aux contrats d'assurance liant d'anciens centres de transfusion sanguine, aux droits desquels est venu l'EFS, à leurs assureurs et prévoyant en contrepartie le versement à l'EFS par ces derniers d'un solde de tout compte pour l'ensemble des dossiers en cours de règlement et à venir, qu'il s'agisse de règlement amiable ou contentieux. Cette somme sera reversée par l'EFS à la CNAMTS.

b. Rapport n°302 déposé le 17 octobre 2012 de M. Christian Paul (Tome II)

1 - Propos généraux sur l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux et état du droit

2. L'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales

Le B du présent article fixe le montant global de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) à 85 millions d'euros pour 2013.

a) Les activités de l'office

L'ONIAM est un établissement public de l'État placé sous la tutelle du ministre chargé de la santé, créé par l'article 98 de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, et dont les dispositions sont codifiées aux articles L. 1142-22 et L. 1142-23 du code de la santé publique. Selon ces articles, il prend en charge :

- les frais de fonctionnement des commissions régionales de conciliation et d'indemnisation, auxquelles il apporte son soutien technique et administratif, en application de l'article L. 1142-6 du code de la santé publique, afin de mettre en œuvre la procédure de règlement à l'amiable en cas d'accidents médicaux, d'affections iatrogènes ou d'infections nosocomiales prévue par les articles L. 1142-4 et suivants du code ;
- l'indemnisation due au titre de la solidarité nationale des victimes de ces accidents, affections et infections, lorsque ceux-ci ne sont pas imputables à une faute engageant la responsabilité d'un établissement ou d'un professionnel de santé, en application de l'article L. 1142-1 du même code.

De plus, depuis sa création l'office s'est vu confié des compétences nouvelles en application de plusieurs lois. L'article 1^{er} de la loi du 30 décembre 2002 relative à la responsabilité civile médicale, dont les dispositions sont codifiées aux articles L. 1142-1-1 et L. 1142-22 du même code, a confié à l'office la mission :

- d'indemniser, au titre de la solidarité nationale, les décès et les dommages correspondant à un taux d'incapacité permanente supérieur à 25 %, lorsqu'ils résultent d'infections nosocomiales dans les établissements de santé ;
- de réparer, au même titre, les dommages résultant de l'intervention d'un professionnel de santé, en cas de circonstances exceptionnelles, en dehors du champ de son domaine de compétences ;
- de prendre en charge les obligations de l'association *France-hypophyse*, en matière d'indemnisation des personnes atteintes par la maladie de Creutzfeld-Jacob à la suite d'un traitement par hormone de croissance extractive d'origine humaine.

L'article 115 de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique (codifié à l'article L. 1142-22 du code de la santé publique) a également élargi les missions de l'ONIAM à :

- la réparation des dommages imputables directement à une vaccination obligatoire ;

– l’indemnisation des victimes d’une contamination post-transfusionnelle par le virus d’immunodéficience humaine (VIH) ;

– la réparation des dommages résultant des mesures d’urgence que peut prescrire le ministre chargé de la santé en cas de menace sanitaire grave en application de l’article L. 3131-1 du code de la santé publique.

Les missions de l’ONIAM ont été étendues par la loi du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur, qui a notamment chargé l’office de réparer les dommages causés dans le cadre de l’emploi de la réserve sanitaire.

L’article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a instauré une procédure d’indemnisation à l’amiable, par l’office, à destination des victimes d’une contamination par le virus de l’hépatite C résultant d’une transfusion sanguine ou d’une injection de médicaments dérivés du sang.

L’article 65 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert de l’Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) à l’ONIAM de la gestion du contentieux de l’indemnisation des victimes des contaminations par le virus de l’hépatite C.

Enfin, l’article 57 de la loi de finances rectificatives pour 2011 dispose que l’ONIAM est chargée de faciliter, voire de procéder, au règlement amiable des litiges relatifs aux dommages causés par le *benfluorex*.

b) La dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie à l’office

Les recettes de l’ONIAM sont constituées essentiellement par une dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie. L’Établissement français du sang (EFS) et l’État participent aussi au financement de l’office au titre de l’indemnisation des victimes du virus de l’hépatite C pour le premier, et au titre des accidents résultant de vaccins obligatoires pour le second.

Le B de l’article 57 propose de fixer la dotation des régimes obligatoires d’assurance maladie à 85 millions d’euros pour 2013, soit une augmentation de 30 millions d’euros par rapport à 2012.

Selon l’étude d’impact, cette prévision est fondée sur le maintien :

– du nombre de dossiers reçus par les commissions régionales de conciliation et d’indemnisation : 4 117 en 2010, 4 279 en 2011 ;

– du nombre de dossiers transmis par les commissions régionales de conciliation et d’indemnisation à l’ONIAM (732 en 2010, 669 en 2011), compte tenu des mesures mises en œuvre dans celles-ci pour résorber le stock et accélérer les délais d’instruction ;

– du nombre de contentieux en cours (environ 2 000), compte tenu notamment du maintien voire de l’accélération des délais de présentation des offres par l’office, offres qui sont contestées à un niveau qui demeure constant (environ 5 %).

De plus, les charges de l’ONIAM devraient s’élever à 130,9 millions d’euros en 2013 (hors *benfluorex*), les réserves de l’office devraient donc diminuer au 31 décembre 2013 pour atteindre 13 millions d’euros.

Dépenses 2011 et prévisions 2012 et 2013 de l’ONIAM

(en euros)

Charges et produits	2011	2012	2013 (hors <i>benfluorex</i>)
1) Charges (dont investissements).	100,4	140,9	130,9
Indemnisations (dont provisions)	91,5	128,9	121,9
Dont indemnisations sur crédit de l’assurance maladie (dont provisions)	75,7	91,2	86,5
Autres charges	8,9	12,0	9,0
Dont assurance maladie	7,8	8,4	7,9
2) Produits.	44,5	100,6	131,5
Dont contribution de l’assurance maladie	10,0	55,0	85,0

Dont contribution de l'État	6,5	1,5	1,5
Autres produits (dont reprises sur provisions)	28,0	44,1	45,0
Résultat net	-55,4	-39,7	0,9
Résultat net cumulé	74,4	34,8	35,7

Source : annexe 8 au PLFSS pour 2013

c. Compte-rendu des débats – 2^{ème} séance du vendredi 26 octobre

Avant l'article 57

M. le président. La parole est à Mme la ministre, pour soutenir l'amendement n° 793 portant article additionnel avant l'article 57.

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur le président, cet amendement a pour objet de tirer les conséquences des difficultés rencontrées par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, d'une part, et par l'Établissement français du sang, d'autre part. Il appelle en garantie les assureurs lorsqu'ils indemnisent des victimes.

Il s'agit donc de 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, afin de lui permettre de bénéficier des garanties prévues par les contrats d'assurance souscrits par ces derniers.

Il prévoit en particulier que l'action subrogatoire de l'ONIAM et des tiers payeurs peut s'exercer contre la personne responsable, que celle-ci ait ou non commis une faute : cela rétablit tout simplement le droit commun de la responsabilité.

Cet amendement simplifie par ailleurs le dispositif actuel d'indemnisation des victimes du virus de l'hépatite C en supprimant la dotation de l'EFS à l'ONIAM. Un amendement sera d'ailleurs déposé ultérieurement en conséquence.

Cet amendement étend par ailleurs le bénéfice du dispositif amiable de l'ONIAM aux victimes atteintes de l'hépatite B et du virus T lymphotrope humain.

Cette simplification juridique et financière n'affecte en aucun cas les droits des victimes à une réparation intégrale de leur préjudice. L'ONIAM continuera de se consacrer pleinement à sa mission première d'indemnisation des victimes qui souhaitent éviter le recours aux tribunaux. Les garanties assurancielles seront plus facilement mises en œuvre.

L'enjeu est de pouvoir récupérer facilement les sommes qui doivent être versées par les assureurs. Il convient donc de faire jouer les clauses de responsabilité de droit commun.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Christian Paul, rapporteur. La commission n'a pas examiné cet amendement mais, chacun l'aura compris, il s'agit d'améliorer l'indemnisation des victimes du virus de l'hépatite C contaminées à l'occasion d'une transfusion sanguine. À titre personnel, j'émet un avis très favorable.

M. le président. La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Comme le rapporteur vient de l'indiquer, nous n'avons pas eu connaissance de cet amendement. Pour technique qu'il soit, ses enjeux me semblent cependant importants ; je m'explique. Pour mémoire, Mme la ministre vient de le préciser, une procédure amiable a été confiée à l'ONIAM, dans le cadre du PLFSS de 2009, afin d'accélérer et de faciliter l'indemnisation des victimes contaminées après transfusion par le virus de l'hépatite. L'ONIAM, qui indemnise les victimes au titre de la solidarité nationale, pourra donc demander directement aux assureurs des contaminés par transfusion le remboursement des sommes versées sans possibilité aucune pour ces assureurs de se prononcer sur le principe et le quantum de l'indemnisation. Ne risque-t-on pas, dans ce cas, de transformer ces assureurs en payeurs aveugles ?

Comme on le constate depuis quelques jours, cet amendement semble avoir été déposé pour régler une question de financement public et non de droit des victimes. Cette disposition va entraîner une déstabilisation du secteur de l'assurance de la responsabilité médicale. Cela ne risque-t-il pas de déstabiliser aussi le secteur des professionnels de santé dits à risques, à savoir les gynécologues obstétriciens, les chirurgiens, les

anesthésistes réanimateurs, lesquels risquent de se trouver confrontés à des difficultés pour trouver un assureur ou retrouver un nouvel assureur ?

Telles sont les questions que je me pose en découvrant cet amendement.

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt, rapporteur. Je tenais à soutenir l'amendement présenté par Mme la ministre.

Monsieur Jacquat, avant de penser à déstabiliser le secteur de l'assurance,...

M. Denis Jacquat. Je pose simplement des questions !

M. Gérard Bapt, rapporteur. ...il faut faire reconnaître leurs droits aux victimes. L'amendement de Mme la ministre tend non seulement à assurer, mais également à accélérer le versement de ces indemnités au bout d'un temps qui n'a que trop duré.

Cet amendement permet aussi d'éviter à des victimes de se retrouver devant les tribunaux, car il s'agit pour elles d'un véritable parcours du combattant. Quand on évoque l'ONIAM, les victimes et les indemnisations, la reconnaissance de la responsabilité est, en l'occurrence, bien établie. Nous pensons, également, à une autre affaire en cours, celle des victimes du Mediator, qui obtiennent leur indemnisation avec difficulté. Je sais que Mme la ministre travaille sur ce sujet. J'imagine qu'au cours d'un prochain débat elle pourra nous expliquer ce qu'il en est.

En ce qui me concerne, je soutiens tout à fait la démarche du Gouvernement qui, dans un souci de justice, veut que les droits des victimes soient reconnus.

M. le président. La parole est à Mme la ministre.

Mme Marisol Touraine, ministre. Monsieur Jacquat, cet amendement vise simplement à permettre à l'ONIAM d'appeler les garanties assuranciennes de l'époque, souscrites en fonction des contrats alors choisis et toujours en vigueur. Ces sommes ont été – en théorie, mais on peut penser que tel est aussi le cas en pratique – provisionnées par les assureurs. Il ne s'agit donc pas d'alourdir la charge, mais simplement de faire agir les contrats, ce qui est souvent difficile. L'ONIAM doit donc pouvoir jouer plus simplement son rôle auprès des victimes.

(L'amendement n° 793 est adopté.)

2. Sénat

a. Projet de loi (TA n°29)

- Article 57 A (nouveau)

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 1142-22, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

2° L'article L. 1142-23 est ainsi modifié :

a) Le 7° est abrogé ;

b) Le 8° devient le 7° ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 1142-24-3, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C, par le virus T-lymphotropique humain » ;

4° L'article L. 1221-14 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

b) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– après le mot : « indemnisées », sont insérés les mots : « au titre de la solidarité nationale » ;

– sont ajoutés les mots : « , à l'exception de la seconde phrase du premier alinéa » ;

c) La seconde phrase du deuxième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« L'office recherche les circonstances de la contamination. S'agissant des contaminations par le virus de l'hépatite C, cette recherche est réalisée notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. » ;

d) L'avant-dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office 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 en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« L'office et les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'Établissement français du sang, venu aux droits et obligations des structures mentionnées à l'avant-dernier alinéa, si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

II. – Le IV de l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office 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, en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« Les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

III. – Le troisième alinéa du *b* et le *d* du 4° du I s'appliquent aux actions juridictionnelles engagées à compter de la date du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

Le II s'applique aux actions juridictionnelles en cours à la date du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

IV. – Lorsque l'Établissement français du sang et un assureur ont mis fin aux contrats conclus entre l'assureur et l'un des centres de transfusion sanguine repris par l'Établissement français du sang, en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, couvrant l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la 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, le montant de la somme perçue à ce titre par l'Établissement français du sang est rétrocédé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ce montant est réparti entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

**b. Rapport n° 107 déposé le 7 novembre 2012 de MM. Yves Daudigny, Ronan Kerdraon, Mmes Isabelle Pasquet, Christiane Demontès et M. Jean-Pierre Godefroy
- Examen des articles (Tome VII)**

Objet : Cet article, inséré par l'Assemblée nationale, tend à élargir le champ d'indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (Oniam) des hépatites transfusionnelles et à simplifier les modalités de recouvrement des sommes versées aux victimes.

I - Le dispositif proposé

Cet article, issu d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, se compose de quatre parties.

Le **paragraphe I** élargit les missions de l'Oniam à l'indemnisation amiable des victimes du virus de l'hépatite B et du virus T lymphotrope humain transmis par voie transfusionnelle et il procède aux coordinations nécessaires.

Il supprime le versement de la dotation de l'établissement français du sang (EFS) à l'Oniam pour le financement des dépenses liées aux indemnisations des victimes d'une hépatite C. Celles-ci seront financées par la dotation versée à l'Oniam par l'assurance maladie, ainsi que le prévoit un amendement adopté à l'article 57 du PLFSS.

Il modifie l'article L. 1221-14 du code de la santé publique pour :

- consacrer expressément le fait que l'Oniam intervient au titre de la solidarité nationale lorsqu'il indemnise les dommages subis par les victimes de contamination afin de lever toute ambiguïté sur le fondement de l'indemnisation ;

- prévoir que le recours subrogatoire de l'Oniam et, par conséquent, celui des autres tiers payeurs comme les caisses primaires d'assurance maladie, peuvent s'exercer contre l'EFS que le dommage subi par la victime résulte ou non d'une faute ;

- permettre à l'Oniam de récupérer les sommes versées directement auprès des assureurs des anciens centres de transfusion sanguine auxquels l'EFS a succédé, tout en limitant la possibilité d'action subrogatoire contre l'EFS aux cas où l'assurance de l'ancien centre de transfusion est effective.

Le **paragraphe II** prévoit que lorsque l'Oniam a indemnisé une victime et, le cas échéant, remboursé des tiers payeurs dans le cadre du régime transitoire prévu au IV de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, il pourra également directement demander la garantie des assureurs des structures de transfusion sanguine dont les contrats d'assurance ont été transférés à l'EFS.

Il rétablit un alinéa prévoyant que les tiers payeurs ne peuvent agir contre l'Oniam que si le centre de transfusion sanguine à l'origine du dommage est assuré.

Le **paragraphe III** précise que les dispositions du II ont vocation à s'appliquer aux contentieux en cours à la date du 1^{er} juin 2010 sous réserve des décisions passées en force de chose jugée.

Le **paragraphe IV** encadre la conclusion de conventions mettant fin aux contrats d'assurance liant d'anciens centres de transfusion sanguine, aux droits desquels est venu se substituer l'EFS, à leurs assureurs et prévoyant en contrepartie le versement à l'EFS par ces derniers d'un solde de tout compte pour l'ensemble des dossiers en cours de règlement et à venir, qu'il s'agisse de règlement amiable ou contentieux. Cette somme sera reversée par l'EFS à la Cnam.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

III - La position de votre rapporteur

Votre rapporteur considère que cet article facilite l'indemnisation des victimes de l'hépatite B transfusionnelle et du virus T lymphotrope humain. Il comporte par ailleurs des mesures techniques de simplification de la procédure de recouvrement des sommes dues à l'Oniam après l'indemnisation des victimes de l'hépatite C transfusionnelle. C'est là l'aboutissement du transfert de l'indemnisation de ces victimes de l'EFS à l'Oniam et la prise en compte des analyses du Conseil d'Etat^{72(*)}. En effet, depuis l'adoption de l'article 67 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, les victimes de contaminations par l'hépatite C causées par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang sont indemnisées des affections iatrogènes et des infections nosocomiales par l'Oniam, qui reçoit une dotation de l'EFS pour couvrir les dépenses. Ce mécanisme de financement avait été simplifié dans le cadre de la loi de finances pour 2011 mais restait inutilement complexe.

Votre rapporteur vous demande d'adopter cet article sans modification.

c. Compte-rendu des débats

Rejet, par scrutin public, du projet de loi.

B. Commission mixte paritaire : désaccord

Le rapport de la CMP ne se prononce pas sur l'article 57 A.

C. Nouvelle lecture

1. Assemblée nationale

- a. Rapport n°430 déposé le 21 novembre 2012 (mis en ligne le 23 novembre 2012 à 19 heures 30) par MM. Gérard Bapt, Christian Paul, Mme Martine Pinville, M. Michel Issindou et Mme Geneviève Levy**

Article 57 A

(art. L. 1142-22, L. 1142-24-3 et L. 121-1-14 du code de la santé publique ; art. 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009)

Indemnisation des victimes d'hépatites transfusionnelles

Cet article, inséré à l'initiative du Gouvernement, tend à élargir le champ d'indemnisation par l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux (ONIAM) des hépatites transfusionnelles et à simplifier les modalités de recouvrement des sommes versées aux victimes.

*

La Commission adopte l'article 57 A sans modification.

b. Compte-rendu des débats – 2ème séance du lundi 26 novembre 2012

RAS

c. Texte adopté par l'AN (TA n°46) – Sans changement

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 1142-22, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

2° L'article L. 1142-23 est ainsi modifié :

a) Le 7° est abrogé ;

b) Le 8° devient le 7° ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 1142-24-3, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C, par le virus T-lymphotropique humain » ;

4° L'article L. 1221-14 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa et à la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

b) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– après le mot : « indemnisées », sont insérés les mots : « au titre de la solidarité nationale » ;

– sont ajoutés les mots : « , à l'exception de la seconde phrase du premier alinéa » ;

c) La seconde phrase du deuxième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« L'office recherche les circonstances de la contamination. S'agissant des contaminations par le virus de l'hépatite C, cette recherche est réalisée notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. » ;

d) L'avant-dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office 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 en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative

pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« L'office et les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'Établissement français du sang, venu aux droits et obligations des structures mentionnées à l'avant-dernier alinéa, si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

II. – Le IV de l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office 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, en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« Les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

III. – Le troisième alinéa du *b* et le *d* du 4° du I s'appliquent aux actions juridictionnelles engagées à compter de la date du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

Le II s'applique aux actions juridictionnelles en cours à la date du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

IV. – Lorsque l'Établissement français du sang et un assureur ont mis fin aux contrats conclus entre l'assureur et l'un des centres de transfusion sanguine repris par l'Établissement français du sang, en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, couvrant l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la 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, le montant de la somme perçue à ce titre par l'Établissement français du sang est rétrocédé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ce montant est réparti entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

2. Sénat

a. Rapport n°164 déposé le 27 novembre 2012 par M. Yves Daudigny

L'article 57 A élargit le champ d'indemnisation des hépatites transfusionnelles par l'Oniam et simplifie les modalités de recouvrement des sommes versées aux victimes.

b. Compte-rendu des débats Sénat– séance du 29 novembre 2012 - Néant

Rejet, par scrutin public, de la troisième partie entraînant le rejet de la quatrième partie du projet de loi.

D. Texte adopté (TA n°54)

(AN NL) Article 72 ~~57-A~~

I. – Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 1142-22, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

2° L'article L. 1142-23 est ainsi modifié :

a) Le 7° est abrogé ;

b) Le 8° devient le 7° ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 1142-24-3, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C, par le virus T-lymphotropique humain » ;

4° L'article L. 1221-14 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi modifié :

– les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

– après le mot : « indemnisées », sont insérés les mots : « au titre de la solidarité nationale » ;

– sont ajoutés les mots : « , à l'exception de la seconde phrase du premier alinéa » ;

b) (supprimé)

b) *e)* Le deuxième alinéa est ainsi modifié :

– à la première phrase, les mots : « hépatite C » sont remplacés par les mots : « hépatite B ou C ou le virus T-lymphotropique humain » ;

– la seconde phrase est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« L'office recherche les circonstances de la contamination. S'agissant des contaminations par le virus de l'hépatite C, cette recherche est réalisée notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. » ;

c) ~~d)~~ L'avant-dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office 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 en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« L'office et les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'Établissement français du sang, venu aux droits et obligations des structures mentionnées à l'avant-dernier alinéa, si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

II. – Le IV de l'article 67 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'office 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 en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine, que le dommage subi par la victime soit ou non imputable à une faute.

« Les tiers payeurs ne peuvent exercer d'action subrogatoire contre l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré. »

III. – Le dernier alinéa du *b a* et le *c* du 4° du I s'appliquent aux actions juridictionnelles engagées à compter de la date du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

Le II s'applique aux actions juridictionnelles en cours à la date du 1^{er} juin 2010, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée.

IV. – Lorsque l'Établissement français du sang et un assureur ont mis fin aux contrats conclus entre l'assureur et l'un des centres de transfusion sanguine repris par l'Établissement français du sang en vertu du B de l'article 18 de la loi n° 98-535 du 1^{er} juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire de produits destinés à l'homme, de l'article 60 de la loi de finances rectificative pour 2000 (n° 2000-1353 du 30 décembre 2000) et de l'article 14 de l'ordonnance n° 2005-1087 du 1^{er} septembre 2005 relative aux établissements publics nationaux à caractère sanitaire et aux contentieux en matière de transfusion sanguine couvrant l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la 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, le montant de la somme perçue à ce titre par l'Établissement français du sang est rétrocédé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Ce montant est réparti entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie dans des conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.