

Commentaire de la décision n° 2004-504 DC du 12 août 2004

Loi relative à l'assurance maladie

Le 3 août 2004, le Conseil en été saisi par plus de soixante députés de la loi relative à l'assurance maladie.

Les députés requérants contestaient, en tout ou partie, ses articles 3, 7, 8, 20, 23, 39, 41, 53, 55, 57 et 72.

Nous examinerons cette argumentation dans l'ordre de la numérotation des articles critiqués.

I) Le dossier médical personnalisé (article 3)

L'article 3 de la loi déferée insère dans le code de la sécurité sociale les articles L. 161-36-1 à L. 161-36-4, qui prévoient la création d'un dossier rassemblant les données à caractère médical propres à un assuré.

Pour favoriser la continuité de la mise à jour du dossier et l'exhaustivité de son contenu, le niveau de prise en charge des actes et prestations de soins par l'assurance maladie sera subordonné à l'autorisation donnée par le patient aux professionnels de santé d'accéder au dossier et de le compléter.

Sauf cas d'urgence (accident etc.), c'est l'assuré qui dispose du pouvoir exclusif de donner accès à son dossier.

Les requérants soutenaient que ces dispositions méconnaissaient le droit au respect de la vie privée. Ils leur reprochaient également de « pénaliser » le refus d'accès par une réduction du remboursement des soins. Ce faisant, soutenaient-ils, le législateur portait atteinte au droit à la protection sociale garanti par le Préambule de la Constitution de 1946.

Quelles sont les normes constitutionnelles applicables en la matière ?

- Tout d'abord le Préambule de la Constitution de 1946. Aux termes de son onzième alinéa, la Nation « *garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé* ».

- En deuxième lieu, le respect de la vie privée et des secrets relatifs à la santé de chacun. La liberté proclamée par l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 implique en effet le droit au respect de la vie privée. Ce droit requiert que soit observée une particulière vigilance dans la collecte et le traitement de données à caractère personnel de nature médicale (n° 99-422 DC du 21 décembre 1999, cons. 52).

- En troisième lieu, l'exigence constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale depuis la révision constitutionnelle du 22 février 1996 (n° 97-393 DC du 18 décembre 1997, cons. 23).

Il appartient au législateur de concilier ces diverses exigences, car elles peuvent aisément entrer en conflit (n° 99-416 DC du 23 juillet 1999, cons. 43 à 47 ; n° 99-422 DC du 21 décembre 1999, cons. 50 à 53).

Qu'en est-il en l'espèce ?

En premier lieu, s'agissant des buts poursuivis, le nouvel article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale crée le dossier médical personnel « *afin de favoriser la coordination, la qualité et la continuité des soins, gages d'un bon niveau de santé* ». Il comportera notamment « *des informations qui permettent le suivi des actes et prestations de soins* », ainsi qu'un « *volet spécialement destiné à la prévention* ».

Pour atteindre cet objectif, inspiré par des préoccupations essentiellement sanitaires, le nouvel article L. 161-36-2 prévoit que chaque professionnel de santé inscrira au dossier « *les éléments diagnostiques et thérapeutiques nécessaires à la coordination des soins de la personne prise en charge* ».

Afin de favoriser la permanence de cette mise à jour, le législateur a subordonné le niveau de prise en charge des soins à l'autorisation donnée par le patient aux professionnels de santé d'accéder à son dossier et de le compléter.

En second lieu, s'agissant cette fois des précautions prises, le dossier médical personnel sera élaboré « *dans le respect du secret médical* ».

Il résulte du renvoi à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique que l'hébergement des données et la possibilité d'y accéder seront subordonnés au consentement du patient. L'hébergeur des données médicales devra faire l'objet d'un agrément. Le traitement des données sera régi par la loi du 6 janvier 1978 modifiée.

L'accès au dossier par un professionnel de santé sera soumis à l'observation des règles déontologiques, ainsi que des dispositions des articles L. 1110-4 et L. 1111-2 du code de la santé publique, qui imposent notamment le respect de la vie privée et du secret des informations médicales concernant le patient.

L'accès au dossier médical en dehors des cas prévus par la loi sera puni des peines prévues à l'article 226-13 du code pénal. Ces sanctions pénales s'appliqueront sans préjudice des dispositions du code pénal relatives aux « *atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques* ».

On peut conclure de ce qui précède qu'entre les exigences constitutionnelles en cause, le législateur a opéré une conciliation non déséquilibrée :

- eu égard aux finalités des dispositions contestées, qui sont, d'une part, d'améliorer la qualité des soins, d'autre part, de réduire le déséquilibre financier de l'assurance maladie,

- et compte tenu de l'ensemble des garanties qui viennent d'être rappelées.

Le traitement de données personnelles contesté n'appelait donc pas davantage la censure que celui relatif à la lutte contre le piratage des oeuvres sur Internet, évoqué par le treizième considérant de la décision n° 2004-499 DC du 29 juillet 2004.

II) L'intervention du médecin traitant (articles 7 et 8)

L'article 7 de la loi déferée insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-5-3 dont le premier alinéa est ainsi libellé :

« Afin de favoriser la coordination des soins, tout assuré ou ayant droit âgé de seize ans ou plus indique à son organisme gestionnaire de régime de base d'assurance maladie le nom du médecin traitant qu'il a choisi, avec l'accord de celui-ci. Le choix du médecin traitant suppose, pour les ayants droit mineurs, l'accord de l'un au moins des deux parents ou du titulaire de l'autorité parentale. Le médecin traitant choisi peut être un généraliste ou un spécialiste. Il peut être un médecin hospitalier ».

En vertu du cinquième alinéa de l'article 7, le ticket modérateur (désormais prévu au I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale) *« peut être majoré pour les assurés et les ayants droit n'ayant pas choisi de médecin traitant ou consultant un autre médecin sans prescription de leur médecin traitant ».*

L'article 8 de la loi déferée autorise, dans certaines conditions, les dépassements d'honoraires lorsqu'un assuré a fait le choix de consulter un spécialiste sans prescription de son médecin traitant.

Les requérants estimaient ces dispositions contraires au principe général du droit de la sécurité sociale que constitue le libre choix par le malade de son médecin. Ils soutenaient en outre qu'elles entraîneraient une rupture d'égalité devant les charges publiques et porteraient atteinte au *« onzième alinéa du Préambule de 1946 qui garantit le droit à la protection sociale pour tous »*. Elles étaient enfin, selon eux, entachées d'incompétence négative.

Les dispositions critiquées ne font pas obstacle au libre choix par l'assuré social de son médecin traitant. Le patient pourra en changer lorsqu'il le souhaitera.

Sous réserve, selon le cas, d'une majoration du ticket modérateur ou d'un dépassement du tarif conventionnel de base, l'assuré pourra en outre consulter directement un médecin autre que son médecin traitant et, notamment, un médecin spécialiste.

Dans ces conditions, et sans qu'il soit besoin de juger si le principe de libre choix du médecin a valeur constitutionnelle, le grief invoqué manque en fait.

Notons que le principe du libre choix du médecin est un principe général du droit (Conseil d'Etat, Assemblée, 18 février 1998, Section locale du Pacifique Sud de l'Ordre des médecins).

Le grief tiré d'une rupture d'égalité ne pouvait qu'être rejeté puisque les assurés sociaux sont placés dans la même situation au regard de l'obligation de désigner un médecin traitant.

Qu'en est-il des exigences du Préambule ?

La majoration du ticket modérateur ne devra pas être fixée à un niveau tel qu'il remettrait en cause les exigences du Préambule de 1946. Une semblable réserve avait déjà été émise à propos de la soumission des allocations familiales à une condition de ressources (n° 97-393 DC du 18 décembre 1997, cons. 32).

Il appartiendra en outre aux conventions conclues avec les spécialistes, comme y invite au demeurant l'article 8 de la loi déferée, de faire respecter, s'agissant des dépassements d'honoraires désormais possibles en cas de consultation directe, les prescriptions de l'article L. 162-2-1 du code de la sécurité sociale aux termes duquel : « *Les médecins sont tenus, dans tous leurs actes et prescriptions, d'observer, dans le cadre de la législation et de la réglementation en vigueur, la plus stricte économie compatible avec la qualité, la sécurité et l'efficacité des soins* ».

Sous ces réserves, les dispositions contestées ne méconnaissent pas le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946.

Enfin, les articles 7 et 8 sont suffisamment précis au regard des dispositions de l'article 34 de la Constitution qui rangent dans le domaine de la loi les principes fondamentaux de la sécurité sociale.

III) La contribution forfaitaire (article 20)

L'article 20 de la loi déferée complète l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale par un II qui dispose que les assurés sociaux acquitteront une participation forfaitaire pour certains actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie. Son montant sera fixé par la nouvelle « Union nationale des caisses d'assurance maladie » (UNCAM) dans des limites déterminées par un décret en Conseil d'Etat.

Les travaux parlementaires montrent qu'il s'agit, dans l'esprit du Gouvernement, d'une somme modique (un euro).

Les requérants soutenaient que l'article 20 instaurait à la charge des assurés une obligation contraire au principe d'égalité, qu'il méconnaissait le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 et qu'il était entaché d'incompétence négative.

Il est loisible au législateur, afin de satisfaire à l'exigence de valeur constitutionnelle qui s'attache à l'équilibre financier de la sécurité sociale, de faire supporter aux assurés sociaux une participation forfaitaire pour les actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie.

En instituant, en dehors des exceptions qu'il a prévues, une participation forfaitaire égale pour tous les assurés sociaux, le législateur n'a pas méconnu le principe d'égalité.

Le Conseil a rappelé à cet égard que « *si, en règle générale, le principe d'égalité impose de traiter de la même façon des personnes qui se trouvent dans la même situation, il n'en résulte pas pour autant qu'il oblige à traiter différemment des personnes se trouvant dans des situations différentes* » (n° 2003-489 DC du 29 décembre 2003, cons. 37).

S'agissant des exigences du Préambule de 1946, elles ne devront pas être remises en cause par la fixation du montant de la participation forfaitaire à un niveau trop élevé. Comme ce montant ne devrait pas excéder un euro, cette réserve sera aisément satisfaite.

Le grief tiré de l'incompétence négative a été lui aussi écarté.

Aux termes de l'article 34 de la Constitution : « *La loi détermine les principes fondamentaux ... de la sécurité sociale* ».

Au nombre de ces principes fondamentaux figurent la règle selon laquelle chaque assuré doit acquitter une participation forfaitaire pour certains actes et consultations pris en charge par l'assurance maladie, ainsi que les exceptions qui lui sont apportées.

En revanche, ressortissent à la compétence du pouvoir réglementaire les modalités d'application de ces principes, à condition de ne pas en dénaturer la portée.

Par suite, en déléguant au pouvoir réglementaire la fixation du montant de la participation forfaitaire laissée à la charge des assurés sociaux, le législateur n'a pas méconnu l'article 34 de la Constitution (en ce sens, encore tout récemment : n° 2004-197 L du 10 juin 2004).

IV) Les sanctions (article 23)

Le I de l'article 23 de la loi déferée insère un article L. 162-1-14 dans le code de la sécurité sociale.

Celui-ci habilite le directeur d'un organisme local d'assurance maladie à prononcer une sanction financière en cas d'« *inobservation des règles du présent code par les professionnels de santé, les établissements de santé, les employeurs ou les assurés ayant abouti à une demande de remboursement ou de prise en charge ou à un remboursement ou à une prise en charge indus* » ou en cas de « *refus par les professionnels de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation* ».

Cette pénalité est prononcée « *après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil de cet organisme* ».

La saisine faisait grief à ces dispositions de méconnaître les droits de la défense, l'égalité devant la loi, l'article 8 de la Déclaration de 1789 et l'article 34 de la Constitution.

Les exigences du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 ne sauraient excuser ni la fraude ni l'inobservation des règles du code de la sécurité sociale.

En revanche, il résulte de l'article 8 de la Déclaration de 1789, qui s'applique à toute sanction ayant le caractère de punition, qu'une sanction administrative ne peut être infligée qu'à la condition que soient respectés les principes de légalité des délits et des peines, de nécessité des peines, de non-rétroactivité de la règle répressive plus sévère et de respect des droits de la défense (par exemple : n° 97-395 DC du 30 décembre 1997, cons. 37).

Qu'en est-il en l'espèce ?

En premier lieu, la pénalité ne sera prononcée qu'après que l'intéressé aura été mis à même de présenter des observations écrites ou orales. Par suite, le principe des droits de la défense n'est pas méconnu. Le droit au recours n'est pas non plus méconnu puisque l'intéressé pourra contester le bien fondé de la pénalité devant le tribunal administratif.

En deuxième lieu, les assurés sociaux passibles de pénalités seront placés, au regard de la composition de la commission chargée d'émettre un avis sur la sanction, dans une situation analogue à celle des professionnels de santé ou des établissements de santé faisant l'objet d'une procédure.

Si, dans le second cas, l'article 23 prévoit explicitement de compléter la commission par les représentants de la profession de l'intéressé, il n'avait pas à le faire lorsque c'est un assuré qui est l'objet de la procédure. En effet, la commission étant constituée par le conseil d'administration de la caisse et celui-ci comprenant des représentants des assurés, la commission consultative comprendra nécessairement des assurés en son sein.

En troisième lieu, en renvoyant à un décret en Conseil d'État le soin de préciser les modalités d'application de ce nouveau dispositif, le législateur n'a pas méconnu sa compétence.

Tout d'abord, en effet, les règles applicables aux sanctions administratives ne relèvent pas par principe du domaine de la loi, ainsi qu'en convainc la lecture des rubriques de l'article 34 de la Constitution.

Lorsque le pouvoir réglementaire est compétent pour fixer des règles, il est également compétent pour prévoir des sanctions administratives qui, par leur objet et leur nature, sont en rapport avec cette réglementation (Conseil d'Etat, Ass. , 7 juillet 2004, Ministre de l'intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales c/ M. Benkerrou, n°255136).

Des dispositions instituant des sanctions administratives peuvent cependant être en partie législatives en raison des adhérences que présente la matière avec l'une des rubriques de l'article 34 (ici : les principes fondamentaux de la sécurité sociale).

Si l'institution de sanctions à caractère pécuniaire en matière de sécurité sociale appelle en partie l'intervention du législateur, ce dernier pouvait se borner, comme il l'a fait en l'espèce, à en fixer les principales caractéristiques, tout en confiant au pouvoir réglementaire le soin de déterminer les autres modalités applicables. En particulier, il pouvait confier à un décret en Conseil d'Etat le soin de déterminer le barème des pénalités en deçà d'un seuil que l'article 23 fixe lui-même à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale.

Quant à la composition de la commission appelée à émettre un avis sur les sanctions financières, elle relève en tout état de cause du domaine réglementaire dès lors que son rôle est purement consultatif (en ce sens : n° 98-185 L du 5 mai 1998 et commentaire aux Cahiers du Conseil constitutionnel n° 5, p. 24).

V) Cadrage pluriannuel des dépenses des caisses nationales d'assurance maladie (article 39)

L'article 39 de la loi déferée insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 111-11 dont le premier alinéa dispose : « *Chaque caisse nationale d'assurance maladie transmet avant le 30 juin de chaque année au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement des propositions relatives à l'évolution de ses charges et de ses produits au titre de l'année*

suivante et aux mesures nécessaires pour atteindre l'équilibre prévu par le cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie. Ces propositions tiennent compte des objectifs de santé publique ».

Selon les requérants, cette disposition méconnaissait l'article 39 de la Constitution « *qui réserve le droit d'initiative législative au Parlement et au Gouvernement* ».

Les propositions relatives à l'évolution de leurs charges et de leurs produits pour l'année suivante, que les caisses nationales d'assurance maladie seront désormais tenues de transmettre au ministre chargé de la sécurité sociale et au Parlement, ne lient cependant pas les pouvoirs publics.

Dès lors, devait être écarté le grief tiré de la méconnaissance du premier alinéa de l'article 39 de la Constitution aux termes duquel : « *L'initiative des lois appartient concurremment au Premier ministre et aux membres du Parlement* ».

La référence à un « *cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie* » pose cependant problème en ce qu'elle suggère une nouvelle présentation des lois de financement de la sécurité sociale que seule pourrait prévoir une loi organique prise en application du dix-neuvième alinéa de l'article 34 de la Constitution aux termes duquel : « *Les lois de financement de la sécurité sociale déterminent les conditions générales de son équilibre financier et, compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses, dans les conditions et sous les réserves prévues par une loi organique* ».

Cependant, en faisant référence à l'équilibre prévu par le « *cadrage financier pluriannuel des dépenses d'assurance maladie* », pour lequel les caisses d'assurance maladie devront proposer chaque année les mesures à mettre en oeuvre, le législateur s'est implicitement mais nécessairement référé aux « *perspectives d'évolution* » qui doivent être jointes au projet de loi de finances, en application de l'article 50 de la loi organique du 1^{er} août 2001 susvisée relative aux lois de finances, dans le cadre du « *rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières* ».

Une réserve n'en a pas moins été émise pour dissiper toute ambiguïté : il résulte des dispositions constitutionnelles relatives aux lois de financement de la sécurité sociale que le « *cadrage pluriannuel* » prévu par la disposition critiquée ne saurait trouver une expression opératoire dans la loi de financement de la sécurité sociale sans modification préalable de la loi organique du 22 juillet 1996 relative aux lois de financement de la sécurité sociale.

VI) Nouvelles règles d'organisation et de fonctionnement des instances compétentes dans le domaine de l'assurance maladie (articles 41, 53 et 55)

La loi déferée porte en bonne partie sur ce qu'il est désormais convenu d'appeler la « *gouvernance* » du système de santé et d'assurance maladie.

Des organismes sont créés (le plus notable étant la Haute autorité de santé, autorité scientifique indépendante), d'autres réformés, des regroupements opérés (UNCAM), enfin des pouvoirs redistribués, notamment de l'Etat vers les organismes d'assurance maladie et, au sein de la CNAM, au profit de son directeur général.

On n'évoquera pas le détail de ce dispositif. On en retiendra seulement les éléments qui ont fait l'objet d'une contestation dans la saisine.

Etaient mis en cause les articles 41, 53 et 55 de la loi.

L'article 41 modifie l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale afin de confier à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, et non plus à un décret en Conseil d'Etat, le soin de fixer la participation des assurés aux tarifs servant de base au calcul de certaines prestations.

L'article 53, qui modifie les articles L. 221-2 à L. 221-4 et L. 242-5 du même code et y insère deux nouveaux articles numérotés L. 221-3-1 et L. 221-3-2, dote la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés d'un conseil qui peut « *diligenter tout contrôle nécessaire à l'exercice de ses missions* » et d'un directeur général habilité à prendre « *les décisions nécessaires au respect des objectifs de dépenses fixés par le Parlement* ».

L'article L. 182-2, inséré dans le même code par le I de l'article 55 de la loi déferée, prévoit que l'UNCAM fixe la participation forfaitaire due par chaque assuré pour les actes ou consultations pris en charge par l'assurance maladie.

Selon les requérants, ces dispositions méconnaissent les articles 21 et 34 de la Constitution.

1) Aux termes de l'article 34 de la Constitution : « *La loi détermine les principes fondamentaux... de la sécurité sociale...* ».

Il résulte de l'ensemble des dispositions des articles 41, 53 et 55 de la loi déferée que les prérogatives conférées à la Caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'à son directeur général, sont définies de façon suffisamment précise au regard de l'article 34 de la Constitution.

Elles n'ont ni pour objet ni pour effet de confier au directeur général de la CNAM d'autres compétences que celles qui ont été attribuées à cet organisme par la loi ou le règlement.

2) Relèvent à n'en pas douter de la loi, en application de l'article 34 de la Constitution :

- la règle selon laquelle chaque assuré doit acquitter une participation forfaitaire pour certains actes et consultations pris en charge par l'assurance maladie,

- la règle qui prévoit la majoration de sa participation aux tarifs de certaines prestations en cas de consultation directe d'un médecin non traitant,

- ainsi que les exceptions à ces règles.

Il appartient en revanche au pouvoir réglementaire de fixer le montant de cette participation forfaitaire, ainsi que celui de la majoration du ticket modérateur. Il s'agit là de l'application de la jurisprudence constante du Conseil constitutionnel dite des « paramètres quantitatifs de la sécurité sociale » (n° 2004-197 L précitée).

2) L'originalité du texte est toutefois de transférer à une autorité autre que le Premier ministre le pouvoir réglementaire dont il s'agit.

En vertu de l'article 21 de la Constitution (et sous réserve de son article 13, relatif au pouvoir réglementaire du Chef de l'Etat), le Premier ministre exerce le pouvoir réglementaire à l'échelon national.

Selon une jurisprudence bien établie, les dispositions des articles 13 et 21 de la Constitution ne font cependant pas obstacle à ce que le législateur confie à une autorité de l'Etat autre que le Premier ministre un pouvoir réglementaire national, dès lors que cette habilitation ne porte que sur des mesures de portée limitée par leur champ d'application et par leur contenu.

Il en a été jugé ainsi, par exemple, pour le pouvoir donné :

- au Conseil de la politique monétaire de fixer des normes destinées à contrôler l'évolution de la masse monétaire (n° 93-324 DC du 3 août 1993, cons. 12 à 15) ;

- au conseil d'administration de l'Office français de protection des réfugiés et apatrides d'établir une liste des « pays sûrs » (n°2003-485 DC du 4 décembre 2003, cons. 33 à 35).

- à l'Autorité de régulation des télécommunications (ART) de définir des mesures d'encadrement pluriannuel des tarifs du service universel (n° 2004-497 DC du 1er juillet 2004, cons. 6 et 7).

Qu'en est-il ici ?

En vertu des dispositions critiquées les décisions de l'UNCAM interviendront dans des limites fixées par décret.

Par suite, les articles 41, 53 et 55 de la loi déferée ne confient aux organismes concernés ou à leurs dirigeants qu'un pouvoir réglementaire de portée limitée tant par son champ d'application que par son contenu.

VII) Couverture complémentaire de la contribution forfaitaire et des majorations de participation des assurés (article 57)

Si la loi déferée n'institue pas de « ticket modérateur d'ordre public », elle met en place un mécanisme d'incitation fiscale participant du même esprit.

L'article 57 subordonne les avantages fiscaux et exonérations de cotisations sociales des contrats d'assurance complémentaire de santé à un cahier des charges fixé par décret en Conseil d'Etat déterminant des cas d'exclusion de la prise en charge totale ou partielle.

Sauf à ne pouvoir bénéficier des avantages fiscaux et exonérations de cotisations sociales considérées, les contrats ne pourront comporter la prise en charge de la participation forfaitaire instituée par l'article 20 de la loi déferée, de la majoration de la participation prévue à son article 7, ainsi que de la majoration de la participation aux actes et prestations pour lesquels le patient n'aura pas accordé au professionnel de santé l'autorisation d'accéder à son dossier médical personnel.

Selon les auteurs du recours, ces dispositions étaient entachées d'incompétence négative et contraires au principe d'égalité devant les charges publiques.

Aux termes de l'article 34 de la Constitution : « *La loi fixe les règles concernant... l'assiette, le taux et les modalités de recouvrement des impositions de toute nature...* ».

Il appartient au législateur, lorsqu'il établit une imposition, d'en déterminer librement l'assiette, dans le respect des principes et règles de valeur constitutionnelle. En particulier, pour satisfaire au principe d'égalité, il doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels (par exemple : n° 2003-477 DC du 31 juillet 2003, cons. 2).

En vertu de l'article 13 de la Déclaration de 1789, la contribution commune aux charges de la Nation « *doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés* ».

Le principe d'égalité devant les charges publiques ne fait pas obstacle à ce que, pour des motifs d'intérêt général, le législateur édicte, par l'octroi d'avantages fiscaux, des mesures d'incitation en appliquant des critères objectifs et rationnels en fonction des buts recherchés (par exemple : n° 2002-464 DC du 27 décembre 2002, cons. 55 ; n° 2003-488 DC du 29 décembre 2003, cons. 9).

Comme il a été dit ci-dessus, les règles posées par les articles 3, 7 et 20 de la loi déferée, s'agissant respectivement du dossier médical personnel, de l'intervention du médecin traitant et de la participation forfaitaire, répondent aux exigences constitutionnelles liées à la protection de la santé et à l'équilibre financier de la sécurité sociale.

En subordonnant l'octroi d'avantages fiscaux à l'absence de prise en charge, par les organismes d'assurance maladie complémentaire, des dépenses de santé exposées en méconnaissance de ces règles, le législateur s'est fondé sur des critères objectifs et rationnels en rapport direct avec les buts d'intérêt général (et même de valeur constitutionnelle) qu'il s'est fixés.

Par suite, il n'a pas porté atteinte au principe d'égalité devant les charges publiques.

Enfin, les dispositions de l'article 57 sont suffisamment précises au regard de l'article 34 de la Constitution et le renvoi au décret en Conseil d'Etat demeure à l'intérieur des limites permises par la jurisprudence (n° 2000-442 DC du 28 décembre 2000, cons. 30 à 32).

VIII) Elargissement de l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité et de remplacement (article 72)

Le Conseil constitutionnel a connu à plusieurs reprises du taux ou de l'assiette de la CSG (n° 90-285 DC du 28 décembre 1990, cons. 32 à 35 ; n° 97-393 DC du 18 décembre 1997, cons. 5 à 7).

Le I de l'article 72 de la loi déferée modifie le deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, afin de ramener de 5 % à 3 % la réduction représentative de frais professionnels opérée sur le montant brut des salaires et revenus assimilés pour le calcul de la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement.

Selon les auteurs de la saisine, « *cet élargissement de l'assiette de la CSG* », pesant sur les salariés, était contraire à l'égalité devant les charges publiques.

Ainsi qu'il a été dit plus haut, il appartient au législateur, lorsqu'il a établi une imposition, d'en modifier l'assiette dans le respect des principes et des règles de valeur constitutionnelle.

En abaissant de façon uniforme de 5 % à 3 % le taux de la réduction représentative de frais professionnels opérée sur le montant brut des revenus pris en compte pour l'établissement de la contribution sociale définie à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, le législateur a entendu prendre en compte les réformes intervenues au cours de la période récente en matière de déduction des frais professionnels et de connaissance des revenus, en vue de rapprocher les situations réelles des salariés et des non salariés. Ce faisant, il n'a pas rompu de façon caractérisée l'égalité devant les charges publiques.