



Commentaire

Décision n° 2019-795 DC du 20 décembre 2019

Loi de financement de la sécurité sociale pour 2020

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a été déférée au Conseil constitutionnel par trois saisines émanant, pour la première, de plus de soixante sénateurs et, pour les deux dernières, de plus de soixante députés.

Les requérants critiquaient sa procédure d'adoption et sa sincérité, ainsi que tout ou partie des dispositions de ses articles 3, 8, 15, 21, 23, 25, 27, 28, 42 et 81.

Dans sa décision n° 2019-795 DC du 20 décembre 2019, le Conseil constitutionnel a déclaré les dispositions contestées conformes à la Constitution, (au bénéfice d'une réserve d'interprétation s'agissant de l'article 23), à l'exception de l'article 8, qu'il a jugé étranger au domaine des lois de financement de la sécurité sociale (« *cavalier social* »)¹.

Le Conseil constitutionnel a, en outre, censuré d'office, comme adoptées selon une procédure contraire à la Constitution, treize dispositions qui, par leur objet, étaient elles aussi étrangères au domaine des lois de financement de la sécurité sociale (le 4° du paragraphe I de l'article 21, les 12° et 13° du paragraphe II de l'article 42, les articles 61, 63 et 73 et le paragraphe IV de l'article 85) et deux dispositions introduites en nouvelle lecture qui étaient dépourvues de relation directe avec les dispositions restant alors en discussion, en méconnaissance de la règle dite de « l'entonnoir » (le 15° du paragraphe II et le D du paragraphe III de l'article 42 et le 1° du paragraphe I de l'article 66, les mots « *et n* » figurant au c du 2° du même paragraphe I et le n du même 2).

Le présent commentaire porte sur l'article 8, qui visait à ajuster le calcul des allègements généraux de cotisations sociales à la suite de la réforme de l'assurance chômage (I), sur l'article 23, qui crée une contribution à la charge des exploitants de dispositifs médicaux utilisés par les établissements de santé (II) et sur l'article 81, qui limite la revalorisation de certaines prestations sociales (III).

¹ En revanche, le Conseil constitutionnel n'a pas, dans le dispositif de sa décision, déclaré conforme à la Constitution l'article 15, qui n'était visé que par un grief tiré de la méconnaissance de l'objectif de valeur constitutionnelle d'accessibilité et d'intelligibilité de la loi.

I. – L’ajustement du calcul des allègements généraux de cotisations sociales à la suite de l’adoption du dispositif de « bonus-malus » sur les cotisations d’assurance chômage

A. – Présentation des dispositions contestées

L’article 8 visait à neutraliser, à partir de 2021, dans le calcul des allègements généraux de cotisations et contributions sociales dues par les employeurs, l’effet du dispositif de *bonus-malus* conduisant, en application de l’article L. 5422-12 du code du travail, à moduler le taux de leurs contributions à l’assurance chômage en fonction, notamment, du nombre de contrats de travail de courte durée.

Cette mesure s’inscrivait dans le prolongement de la réforme de l’assurance chômage opérée par la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel. Cette loi est à l’origine du dispositif dit du « bonus-malus » prévoyant, dans les secteurs où le taux de séparation entre employeurs et salariés est le plus élevé, une modulation des contributions patronales finançant ce régime en fonction du taux de séparation observé dans les entreprises, afin d’inciter les employeurs à réduire le recours à des contrats de courte durée.

Aux termes de l’article L. 5422-12 du code du travail tel que modifié par cette réforme, le taux de contribution de chaque employeur, dont le niveau normal est de 4,05 %, peut ainsi être minoré ou majoré en fonction notamment du nombre de fins de contrat de travail et de contrats de mise à disposition (à l’exclusion des démissions et des contrats de mission), sous réserve de l’inscription des personnes concernées par ces fins de contrat sur la liste des demandeurs d’emploi.

Les contributions des employeurs à l’assurance chômage étant comprises dans le dispositif de réduction générale des cotisations patronales prévu à l’article L. 241-13 du code de la sécurité sociale (CSS) au titre des salariés de l’entreprise percevant moins de 1,6 SMIC, de telles dispositions pouvaient toutefois priver d’effet le dispositif de *bonus-malus*. Afin d’y remédier, l’article 8 de la loi déferée visait à exclure, à compter de 2021, l’application du *bonus-malus* du calcul du taux de la contribution d’assurance chômage utilisé pour définir le coefficient de réduction au titre de l’allègement général, afin que l’effet incitatif du *bonus* ou du *malus* soit pleinement préservé et que celui-ci n’ait pas d’incidence financière sur les dispositifs d’exonérations en cause.

C’est précisément cette neutralisation de l’effet financier qu’aurait eu la mise en place du bonus-malus sur les recettes des branches du régime général de la sécurité sociale qui justifiait, selon l’évaluation préalable de l’article 8 jointe au projet de loi, sa place en loi de financement de la sécurité sociale en application

des dispositions du 2° du B du V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

B. – Analyse de constitutionnalité

Les députés auteurs de la troisième saisine contestaient le rattachement de ces dispositions au domaine des lois de financement de la sécurité sociale, faisant valoir que ces dispositions étaient propres à l'assurance chômage et dépourvues d'effet sur les comptes de la sécurité sociale.

Ils invitaient en conséquence le Conseil constitutionnel à censurer ces dispositions comme des « *cavaliers sociaux* ».

1. – La jurisprudence constitutionnelle

* Le domaine des lois de financement de la sécurité sociale est défini par l'article L.O. 111-3 du CSS. Le B de son paragraphe V dispose notamment que « *Peuvent figurer dans la partie de la loi de financement de l'année comprenant les dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour l'année à venir, outre celles prévues au C du I, les dispositions : 1° Ayant un effet sur les recettes de l'année des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit, ou relatives, sous réserve des dispositions de l'article 36 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 précitée, à l'affectation de ces recettes ; 2° Ayant un effet sur les recettes de l'année ou des années ultérieures des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit, ou relatives, sous réserve des dispositions de l'article 36 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 précitée, à l'affectation de ces recettes, à la condition qu'elles présentent un caractère permanent* ».

Dans son appréciation du respect de l'article L.O. 111-3, le Conseil peut prendre en compte le caractère plus ou moins divisible des éléments d'une réforme ne se rattachant que pour partie aux dispositions de cet article pour admettre, le cas échéant, qu'elle soit placée entièrement par le législateur dans une loi de financement de la sécurité sociale.

* S'agissant de l'assurance chômage, le Conseil constitutionnel a déjà eu à faire application de ces dispositions.

Compte tenu de la définition du domaine des lois de financement de la sécurité sociale résultant de l'article L.O. 111-3 du CSS, il juge que les dispositions relatives aux contributions salariales d'assurance chômage sont étrangères à ce

domaine. Le périmètre institutionnel des lois de financement de la sécurité sociale se limite en effet aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale, aux organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et aux organismes finançant et gérant des dépenses relevant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Par sa décision n° 2017-756 DC du 21 décembre 2017, le Conseil constitutionnel a ainsi rappelé que « *les dispositions relatives aux contributions salariales d'assurance chômage sont étrangères au domaine de la loi de financement de la sécurité sociale* »².

Toutefois, dans cette même décision, il a ensuite tenu compte de ce que « *le législateur a entendu procéder à une réforme d'ensemble consistant à diminuer les cotisations sociales des actifs et, à cette fin, à faire prendre en charge par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le financement, en 2018, de la réduction des contributions salariales d'assurance chômage* »³. Il en a déduit que, « *dans les circonstances particulières de l'espèce* », les paragraphes VI et VII de l'article 8 trouvaient leur place dans la loi de financement de la sécurité sociale⁴.

2. – L'application à l'espèce

Après avoir énoncé les termes du premier alinéa de l'article 47-1 de la Constitution, selon lequel « *Le Parlement vote les projets de loi de financement de la sécurité sociale dans les conditions prévues par une loi organique* », et rappelé que l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale détermine le contenu de la loi de financement de la sécurité sociale (paragr. 23), le Conseil constitutionnel a tout d'abord relevé que « *ces dispositions relatives aux contributions patronales d'assurance chômage sont étrangères au domaine de la loi de financement de la sécurité sociale* » (paragr. 24).

Il a ensuite considéré que, loin d'être « *indissociables de la réforme d'ensemble de réduction de certaines cotisations sociales en contrepartie d'une hausse de la contribution sociale généralisée, prévue par la loi du 30 décembre 2017* » (même paragr.), les dispositions de l'article 8 de la loi déferée se bornaient, « *au contraire, à compléter une réforme de la seule assurance chômage résultant de la loi du 5 septembre 2018* ». Ce faisant, le Conseil a bien marqué la différence entre les dispositions en cause et celles dont il avait exceptionnellement admis la place dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018, compte tenu de la réforme d'ensemble des cotisations sociales des actifs alors entreprise par le législateur.

² Décision n° 2017-756 DC du 21 décembre 2017, *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2018*, paragr. 8.

³ *Ibidem*, même paragr.

⁴ *Ibid.*

Il a également jugé que, « même si les quatre branches du régime général de la sécurité sociale assurent l'équilibre financier de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale au titre de sa mission de compensation à l'assurance chômage du coût des allègements généraux de cotisations d'assurance chômage, les effets du dispositif de "bonus-malus" sur les recettes de la sécurité sociale sont trop indirects pour pouvoir relever du 2° du B du paragraphe V de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale » (même paragr.). Au demeurant, comme l'a souligné pour finir le Conseil, « l'évaluation préalable de l'article 8 jointe au projet de loi indique que son impact financier sur les régimes de sécurité sociale est nul, tant en 2021 qu'en 2022 et 2023 » (même paragr.).

Le Conseil constitutionnel a donc censuré l'article 8, qui n'avait pas sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale. Ajoutons que cette censure n'aura pas d'incidence en 2020 puisque la mesure ne devait s'appliquer qu'à compter de 2021.

II. – La contribution à la charge des exploitants de dispositifs médicaux utilisés par les établissements de santé (article 23)

A. – Présentation des dispositions contestées

* Le prix d'achat par les établissements de santé (hôpitaux) des produits de santé – notion regroupant principalement les médicaments et les dispositifs médicaux⁵ – peut être pris en charge par l'assurance maladie de deux façons.

La première est le mécanisme habituel de financement des prestations hospitalières, c'est-à-dire la tarification à l'activité. Certains médicaments et dispositifs médicaux peuvent, dans ce cadre, être pris en charge au sein d'une enveloppe globale couvrant les prestations d'hospitalisation.

La seconde est un financement au cas par cas, « *sur facture* », par l'assurance maladie. Les produits de santé éligibles doivent figurer sur une liste, dite « *liste en sus* » car incluant des traitements financés en plus des tarifs des séjours hospitaliers. Il s'agit généralement de produits innovants et coûteux, qui sont, à ce titre, soumis à un régime de réglementation des prix. Ainsi, un « *tarif de responsabilité* », qui sert de base au remboursement, est fixé par convention avec le Comité économique des produits de santé (CEPS, organisme interministériel placé auprès des ministres de la santé et de l'économie) ou, à défaut,

⁵ Les dispositifs médicaux forment une catégorie très vaste comprenant tout instrument, appareil, équipement ou encore logiciel destiné, par son fabricant, à être utilisé chez l'homme à des fins, notamment, de diagnostic, de prévention, de contrôle, de traitement, d'atténuation d'une maladie ou d'une blessure.

unilatéralement par ce comité⁶. Les établissements de santé peuvent, évidemment, négocier un prix inférieur auprès de leurs fournisseurs de produits de santé. Ils sont alors remboursés soit d'un montant égal au tarif de responsabilité lorsqu'ils ont acheté à ce prix plafond, soit d'un montant supérieur s'ils ont acheté à un prix moindre (mécanisme dit d'« *écart au tarif indemnisable* », décrit plus bas).

* Les dispositions contestées de l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 visent à maîtriser les dépenses d'assurance maladie en limitant celles liées aux dispositifs médicaux figurant sur cette « *liste en sus* ». Il s'agit de ceux inscrits aux titres III et V de cette liste : le titre III couvre les dispositifs médicaux implantables (implants cardiaques et vasculaires, implants orthopédiques, *etc.*), le titre V concerne d'autres dispositifs médicaux invasifs, utilisés notamment en neurologie ou cardiologie.

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, ces dispositions constituent un « *mécanisme de sauvegarde* », qui vise à faire en sorte que, si les dépenses remboursées par l'assurance maladie au titre de ces dispositifs médicaux progressent plus vite qu'une cible fixée par le législateur, les entreprises exploitant ces dispositifs reversent le surplus de dépenses, en acquittant une nouvelle « *contribution* », qui a le caractère d'une imposition de toute nature et dont le produit est affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie.

Ce dispositif s'inspire, en partie, d'un mécanisme déjà applicable aux médicaments, sous forme d'une contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation de spécialités pharmaceutiques (articles L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale).

* Le paragraphe I de l'article 23 introduit des articles L. 138-19-8 à L. 138-19-13 dans le code de la sécurité sociale (CSS). Les redevables de la contribution sont les exploitants de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du même code – qui comporte, pour l'essentiel, des dispositifs médicaux à usage individuel utilisés dans les établissements de santé – et qui sont pris en charge, sur présentation des factures, par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations d'hospitalisation remboursées forfaitairement.

Selon l'article L. 138-19-8, cette contribution est due lorsque le montant remboursé par l'assurance maladie, au cours d'une année, au titre de ces dispositifs médicaux, minoré de certaines remises consenties par les exploitants⁷,

⁶ Article L. 165-2 du code de la sécurité sociale.

⁷ Il s'agit des remises que l'exploitant peut consentir afin de ne pas se voir appliquer les baisses de prix ou de tarif de responsabilité que le CEPS peut mettre en œuvre au-delà d'un certain niveau de dépenses d'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux visés (article L. 162-17-5 du CSS) et des remises conventionnelles conclues entre le CEPS et les fabricants et distributeurs des dispositifs médicaux ou imposées par le CEPS (article L. 165-4 du CSS).

est supérieur à un montant maximal déterminé par la loi afin d'assurer le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Ainsi, pour 2020, la contribution ne sera due, en vertu du paragraphe II de l'article 23 de la loi, que si le montant remboursé en 2020 excède de 3 % celui remboursé en 2019.

L'article L. 138-19-9 du CSS définit l'assiette de la contribution comme le montant remboursé par l'assurance maladie au cours d'une année au titre des dispositifs médicaux en cause, minoré des remises précitées. En application de l'article L. 138-19-10, le montant total de la contribution est égal à la différence entre cette assiette et le montant maximal déterminé par la loi : la contribution a donc vocation à compenser la totalité du dépassement. Celle-ci est due par chaque exploitant redevable et calculée au prorata du montant remboursé au titre des dispositifs médicaux qu'il exploite.

B. – Analyse de constitutionnalité

Les députés auteurs de la deuxième saisine reprochaient à ces dispositions, d'une part, d'asseoir le montant de la contribution, non sur le chiffre d'affaires des exploitants de dispositifs médicaux, mais sur le montant remboursé par l'assurance maladie aux établissements de santé acquérant de tels dispositifs. Selon eux, de telles modalités d'imposition ne permettaient pas d'apprécier correctement les facultés contributives des exploitants de dispositifs médicaux. Les mêmes requérants reprochaient au législateur, d'autre part, de ne pas avoir déterminé l'assiette de l'imposition « *selon des modalités adaptées aux différentes catégories de dispositifs médicaux* ». Ils en concluaient à une violation du principe d'égalité devant les charges publiques.

1. – La jurisprudence constitutionnelle

En vertu de l'article 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 : « *Pour l'entretien de la force publique, et pour les dépenses d'administration, une contribution commune est indispensable : elle doit être également répartie entre tous les citoyens, en raison de leurs facultés* ». Selon une jurisprudence bien établie du Conseil constitutionnel : « *En vertu de l'article 34 de la Constitution, il appartient au législateur de déterminer, dans le respect des principes constitutionnels et compte tenu des caractéristiques de chaque impôt, les règles selon lesquelles doivent être appréciées les facultés contributives. En particulier, pour assurer le respect du principe d'égalité, il doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en fonction des buts qu'il se*

propose. Cette appréciation ne doit cependant pas entraîner de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques »⁸.

Dans sa décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998, le Conseil constitutionnel a eu à connaître de la contribution applicable aux exploitants de médicaments, dont s'inspiraient partiellement les dispositions contestées⁹.

Il a alors qualifié cette contribution d'imposition de toute nature et répondu à l'argumentation des requérants, qui contestaient l'exonération dont bénéficiaient les entreprises ayant signé et respecté une convention avec le comité économique du médicament : en instituant cette exonération, « *le législateur a entendu favoriser celles des entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques qui se sont contractuellement engagées dans une politique de modération des prix de vente des médicaments remboursables qu'elles exploitent et de maîtrise de leurs coûts de promotion ; [...] une telle exonération repose sur des critères objectifs et rationnels au regard du double objectif de contribution des entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques au financement de l'assurance maladie et de modération de la progression des dépenses pharmaceutiques que s'est assigné le législateur* »¹⁰.

Il a ensuite jugé que « *l'assiette de cette contribution, constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France sur les médicaments remboursables, qui reflète la part prise par les entreprises concernées dans les dépenses d'assurance maladie, satisfait également à [l']exigence d'objectivité et de rationalité ; que ni la progressivité de la contribution contestée, ni ses effets de seuil ne sont excessifs au regard de la nécessaire prise en compte des facultés contributives de chacun, telle qu'elle résulte de l'article 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen* »¹¹.

Saisi deux ans plus tard de modifications apportées à la même imposition, le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000, d'une part, s'est prononcé sur le relèvement de 2 % à 3 % du taux de progression du chiffre d'affaires de l'ensemble des entreprises redevables au-delà duquel la contribution est due, jugeant que « *le choix d'un tel taux satisfait à l'exigence d'objectivité et de rationalité au regard du double objectif de contribution des entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques au financement de l'assurance maladie et de modération des dépenses de médicaments que s'est*

⁸ Voir par exemple la décision n° 2019-808 QPC du 11 octobre 2019, *Société Total raffinage France (Soumission des biocarburants à base d'huile de palme à la taxe incitative relative à l'incorporation de biocarburants)*, paragr. 3.

⁹ Décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998, *Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999*, cons. 23 à 27.

¹⁰ *Ibid.*, cons. 26.

¹¹ *Ibid.*, cons. 26.

assigné le législateur ; qu'eu égard à ces finalités, il était loisible à celui-ci de choisir un seuil de déclenchement de la contribution différent du taux de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie »¹².

D'autre part, à propos de la progressivité du taux de la contribution (qui peut, en fonction du chiffre d'affaires, être de 50 %, 60 % ou 70 %) et, en particulier, de son taux le plus élevé, le Conseil a considéré que « *c'est à la tranche du chiffre d'affaires global dépassant de 4 % le chiffre d'affaires de l'année antérieure et non à la totalité du chiffre d'affaires de l'année à venir que s'applique le taux de 70 % [...] ; qu'au demeurant, en application du cinquième alinéa de l'article L. 138-12 du code de la sécurité sociale, le montant de la contribution en cause ne saurait excéder, pour chaque entreprise assujettie, 10 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments remboursables ; que le prélèvement critiqué n'a donc pas de caractère confiscatoire »¹³.*

Par ailleurs, toujours sur le fondement de l'égalité devant les charges publiques, le Conseil constitutionnel sanctionne les cas dans lesquels le « *législateur a défini une assiette sans lien avec les facultés contributives »¹⁴ et juge que « L'exigence de prise en compte des facultés contributives, qui résulte du principe d'égalité devant les charges publiques, implique qu'en principe, lorsque la perception d'un revenu ou d'une ressource est soumise à une imposition, celle-ci doit être acquittée par celui qui dispose de ce revenu ou de cette ressource. S'il peut être dérogé à cette règle, notamment pour des motifs de lutte contre la fraude ou l'évasion fiscales, de telles dérogations doivent être adaptées et proportionnées à la poursuite de ces objectifs »¹⁵.*

2. – L'application à l'espèce

Le dispositif contesté en l'espèce présentait trois différences avec la contribution relative aux médicaments validée par le Conseil constitutionnel dans ses décisions n^{os} 98-404 DC et 2000-437 DC précitées :

– il n'est pas possible de s'exonérer de la nouvelle contribution en passant une convention avec le CEPS. La seule alternative est de renoncer à utiliser un produit de santé figurant sur la liste des produits et des prestations prise en charge par l'assurance maladie ;

¹² Décision n^o 2000-437 DC du 19 décembre 2000, *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001*, cons. 33.

¹³ *Ibid.*, cons. 34.

¹⁴ Décision n^o 2012-662 DC du 29 décembre 2012, *Loi de finances pour 2013*, cons. 96, à propos de l'intégration, dans le revenu du contribuable pour le calcul du plafonnement de l'impôt de solidarité sur la fortune et de la totalité des impôts dus au titre de ses revenus, de sommes qui ne correspondent pas à des bénéfices ou revenus que ce contribuable a réalisés ou dont il a disposé au cours de l'année.

¹⁵ Par exemple : décision n^o 2017-669 QPC du 27 octobre 2017, *Société EDI-TV (Taxe sur les éditeurs et distributeurs de services de télévision II)*, paragr. 5.

– l’assiette de la contribution porte sur les montants remboursés aux établissements de santé par l’assurance maladie, et non sur le chiffre d’affaires réalisé par les exploitants en vendant leurs dispositifs médicaux à ces établissements ;

– le montant total de la contribution est égal à la totalité de la somme excédant le montant plafond fixé chaque année par le législateur, et non à une fraction du dépassement de ce montant plafond (en matière de médicaments : 50 % à 70 % du chiffre d’affaires excédant ce montant).

C’est la deuxième différence que mettaient en cause les députés requérants par leur critique relative à l’appréciation des facultés contributives des exploitants de dispositifs médicaux.

Le Conseil constitutionnel a d’abord jugé qu’en instituant l’imposition contestée, « le législateur a entendu renforcer la maîtrise des dépenses de l’assurance maladie liées au remboursement de certains dispositifs médicaux utilisés par les établissements de santé » (paragr. 40) et relevé que la contribution, due seulement en cas de dépassement d’un montant annuel fixé par la loi, ne porte alors que sur la part des dépenses remboursées excédant ce montant.

Il a ensuite examiné l’assiette de la contribution. En application de la première phrase du premier alinéa de l’article L. 165-7 du CSS, les frais d’acquisition et de renouvellement des dispositifs médicaux concernés par les dispositions contestées sont remboursés par l’assurance maladie aux établissements de santé, dans la limite du tarif de responsabilité mentionné à l’article L. 165-2 du même code. Le Conseil en a déduit qu’en retenant ainsi un montant qui correspond en principe au prix acquitté par l’établissement de santé auprès de l’exploitant des dispositifs médicaux en cause, net des remises consenties par l’exploitant, « le législateur s’est fondé sur un critère objectif et rationnel pour apprécier les facultés contributives des redevables » (paragr. 41). Contrairement à ce qu’indiquaient les requérants, le montant remboursé par l’assurance maladie est suffisamment proche du chiffre d’affaires réalisé par l’exploitant pour pouvoir être retenu comme critère de mesure de sa capacité contributive.

En revanche, cette référence au montant remboursé posait une difficulté à un autre égard, dans la mesure où, dans certaines hypothèses, ce montant peut excéder le prix de vente du dispositif médical effectivement facturé par l’exploitant à l’établissement de santé.

En effet, le remboursement par l’assurance maladie inclut une quote-part

– aujourd’hui fixée, par arrêté ministériel, à 50 %¹⁶ – de l’écart entre le tarif de responsabilité et le prix effectivement facturé : selon la seconde phrase du premier alinéa de l’article L. 165-7 du CSS, lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif de responsabilité, « *le remboursement à l’établissement s’effectue sur la base du montant de la facture majoré d’une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale* ».

Par exemple, si un établissement de santé achète un dispositif médical pour 80 euros, alors que le tarif de responsabilité est fixé à 100 euros, cet établissement est remboursé par l’assurance maladie à hauteur de $80 + 50 \% \times (100 - 80) = 90$ euros. Cette quote-part (dans cet exemple égale à 10 euros), dite de l’« *écart au tarif indemnisable* », constitue une forme d’intéressement de l’établissement de santé lorsqu’il parvient à obtenir des prix inférieurs au prix plafond : l’assurance maladie « sur-rembourse » l’établissement afin de l’inciter à négocier des prix plus bas que le tarif de responsabilité.

Dans cette situation, comme l’a relevé le Conseil constitutionnel, « *le montant que l’assurance maladie [...] reverse [à l’établissement de santé] est supérieur au prix perçu par l’exploitant de ces dispositifs médicaux. Cette majoration est donc sans lien avec les facultés contributives des redevables* » (paragr. 42). Afin de neutraliser cette conséquence des dispositions contestées, qui aurait conduit à imposer un exploitant sur une somme qu’il n’a pas perçue, le Conseil a énoncé une réserve d’interprétation selon laquelle le montant remboursé ne saurait, sans méconnaître l’exigence de prise en compte des facultés contributives résultant de l’article 13 de la Déclaration de 1789, être interprété comme incluant la majoration prévue à la seconde phrase du premier alinéa de l’article L. 165-7 du CSS (même paragr.)

Enfin, le Conseil constitutionnel a observé que la contribution est plafonnée à 10 % du chiffre d’affaires hors taxes réalisé par l’exploitant au titre des dispositifs médicaux remboursables (paragr. 43).

Sous la réserve précitée, il a en conséquence écarté le grief tiré de la méconnaissance du principe d’égalité devant les charges publiques et déclaré conformes à la Constitution les dispositions contestées de l’article 23.

¹⁶ Arrêté du 9 mai 2005 pris en application de l’article L. 165-7 du code de la sécurité sociale.

III. – La revalorisation différenciée des prestations sociales (article 81)

A. – Présentation des dispositions contestées

L'article L. 161-25 du CSS prévoit que, en principe, le montant des prestations sociales est revalorisé annuellement sur la base d'un coefficient égal à l'évolution de la moyenne annuelle des prix à la consommation, hors tabac, calculée sur les douze derniers indices mensuels de ces prix publiés par l'Institut national de la statistique et des études économiques l'avant-dernier mois qui précède la date de revalorisation de ces prestations.

L'article 81 de la loi déferée a pour objet de maîtriser les dépenses sociales en limitant cette revalorisation annuelle tout en ne faisant peser cet effort financier que sur les titulaires des pensions de vieillesse ou d'invalidité les plus élevées. Pour ce faire, l'article 81 met en œuvre une revalorisation différenciée des prestations sociales.

Ainsi, alors que le coefficient de revalorisation devait être, d'après l'évaluation préalable jointe au projet de loi, de 1 % au 1^{er} janvier 2020, le premier alinéa de l'article 81 de la loi déferée prévoit que, par dérogation à l'article L. 161-25, les montants des prestations et pensions servies par les régimes obligatoires de base sont revalorisés de seulement 0,3 % au titre de 2020.

Toutefois, le 1^o du même article 81 prévoit que cette dérogation ne s'applique pas aux pensions de vieillesse ou d'invalidité servies par des régimes obligatoires, c'est-à-dire les pensions de base et complémentaires obligatoires, dont le montant total est inférieur ou égal à 2 000 euros par mois. Il prévoit également un mécanisme de lissage pour les assurés dont le montant total des pensions est compris entre 2 000 et 2 014 euros.

Ces dispositions disposent ainsi que les pensions, dont le montant brut cumulé des retraites de base et complémentaires est inférieur ou égal à 2 000 euros, seront revalorisées en fonction de l'inflation, soit environ 1 %. Les pensions dont le montant est compris entre 2 000 et 2 008 euros seront revalorisées au taux de 0,8 %, celles comprises entre 2 008 et 2 012 euros au taux de 0,6 %, celles comprises entre 2 012 et 2 014 euros au taux de 0,4 % et enfin celles supérieures à 2 014 euros au taux de 0,3 %.

Par ailleurs, les 2^o à 6^o du même article 81 prévoient que la dérogation prévue par le premier alinéa de ce même article ne s'applique pas à certaines majorations de pensions (minimum contributif, pension majorée de référence des personnes non salariées agricoles et minimum garanti des pensions de la fonction publique), au

minimum de la pension de réversion, à l'allocation de veuvage, au minimum vieillesse et à l'allocation supplémentaire d'invalidité.

B. – Analyse de constitutionnalité

Les sénateurs requérants et les députés auteurs de la deuxième saisine reprochaient à ces dispositions de créer un effet de seuil et d'instaurer une différence de traitement qui, en raison de son caractère permanent et de son ampleur, aurait été dépourvue de lien avec l'objet de la loi et constitutive d'une rupture d'égalité devant les charges publiques. Les députés auteurs de la troisième saisine faisaient valoir que ces dispositions auraient méconnu le principe d'égalité devant la loi, faute d'avoir traité de manière différente les assurés placés dans une situation différente, du fait de la part relative que représente, dans leur pension de retraite totale, celle versée par les régimes obligatoires de base. Par ailleurs, les députés auteurs des deuxième et troisième saisines soutenaient que la revalorisation des pensions de retraite à un taux inférieur à l'inflation portait une atteinte disproportionnée aux exigences découlant du onzième alinéa du Préambule de 1946.

Il résultait de ces griefs que seuls étaient contestés le premier alinéa et le 1^o de l'article 81 de la loi déférée.

1. – La jurisprudence constitutionnelle

* En premier lieu, concernant la question de la revalorisation des prestations à un taux inférieur à celui de l'inflation, le Conseil constitutionnel a déjà eu à connaître, dans sa décision du 28 décembre 2018 relative à la loi de finances pour 2019, de dispositions qui prévoyaient une revalorisation de seulement 0,3 % des paramètres de calcul des aides personnelles au logement et une absence de revalorisation de l'allocation aux adultes handicapés ainsi que du montant forfaitaire de la prime d'activité et du montant de sa bonification principale. Les députés soutenaient alors que ces dispositions, prises dans le seul but de procurer à l'État des économies, méconnaissaient le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 dès lors qu'elles conduisaient à ce que les prestations sociales évoluent à un rythme inférieur à celui de l'inflation. Ils soutenaient également qu'elles instituaient une différence de traitement entre les bénéficiaires de ces allocations et ceux d'autres prestations, telles que le revenu de solidarité active ou l'allocation de solidarité spécifique, qui restaient revalorisées en fonction de l'inflation.

Le Conseil constitutionnel a écarté ces griefs en jugeant : « *En premier lieu, les titulaires des minima sociaux que sont l'allocation de solidarité spécifique et le revenu de solidarité active ne sont pas placés dans la même situation que les*

titulaires des prestations affectées par les dérogations instituées, pour 2019, par les dispositions contestées. Ainsi, le législateur n'a pas instauré une différence de traitement qui ne serait pas fondée sur des critères objectifs et rationnels en rapport avec l'objet de la loi. Par conséquent, les griefs tirés de la méconnaissance des principes d'égalité devant la loi et devant les charges publiques doivent être écartés. / En second lieu, aux termes du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, la Nation "garantit à tous, notamment à l'enfant, à la mère et aux vieux travailleurs, la protection de la santé, la sécurité matérielle, le repos et les loisirs. Tout être humain qui, en raison de son âge, de son état physique ou mental, de la situation économique, se trouve dans l'incapacité de travailler a le droit d'obtenir de la collectivité des moyens convenables d'existence". Il est à tout moment loisible au législateur, statuant dans le domaine de sa compétence, de modifier des textes antérieurs ou d'abroger ceux-ci en leur substituant, le cas échéant, d'autres dispositions, dès lors que, ce faisant, il ne prive pas de garantie légale des exigences constitutionnelles. / Le fait que le législateur prévoie pour 2019 des règles particulières de revalorisation du montant de certaines prestations ne méconnaît pas les exigences résultant du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 »¹⁷.

Quelques jours plus tôt, dans sa décision relative à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, le Conseil s'était prononcé dans le même sens à propos de dispositions prévoyant une revalorisation à 0,3 % de certaines prestations alors que les minima sociaux continuaient de bénéficier d'une revalorisation suivant le niveau d'inflation¹⁸.

* En second lieu, et concernant cette fois-ci des revalorisations différenciées de mêmes prestations selon leur montant, le Conseil a déjà eu à connaître, dans sa décision du 6 août 2014, de dispositions qui prévoyaient le gel de la revalorisation annuelle des pensions de retraite dont le montant excédait 1 200 euros.

Le Conseil a alors jugé « *qu'en réservant la revalorisation annuelle des pensions de retraite servies par les régimes de base aux seuls pensionnés qui perçoivent des pensions de retraite inférieures à un seuil, le législateur a entendu préserver les faibles pensions de retraite ; qu'à cette fin, il a retenu l'ensemble des revenus de pension pour l'application d'un dispositif de revalorisation des seules pensions servies par les régimes obligatoires de base de sécurité sociale ; que cette mesure ne s'applique qu'à la seule revalorisation au titre de l'année 2014 ; qu'elle est d'une ampleur maximale de 7 euros par mois par pensionné intéressé ; que, dès lors, l'article 9 ne crée pas de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges*

¹⁷ Décision n° 2018-777 DC, 28 décembre 2018, *Loi de finances pour 2019*, paragr. 68 à 70.

¹⁸ Décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018, *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2019*, paragr. 43 à 46.

publiques ; que, par suite, les dispositions de l'article 9 doivent être déclarées conformes à la Constitution »¹⁹.

Le commentaire de cette décision souligne le caractère déterminant de la portée limitée de la mesure dans la solution adoptée par le Conseil.

2. – L'application à l'espèce

Après avoir rappelé l'objet des dispositions contestées, le Conseil a constaté qu'elles instaurent *« une différence de traitement, en ce qui concerne la revalorisation pour l'année 2020 des pensions de vieillesse ou d'invalidité servies par les régimes obligatoires de base, entre les assurés sociaux selon le montant total de leurs pensions servies, à la fois, par les régimes obligatoires de base et les régimes complémentaires obligatoires »* (paragr. 60). Puis, le Conseil a relevé que, en instaurant cette différence de traitement, le législateur a entendu assurer la maîtrise des dépenses sociales tout en préservant le pouvoir d'achat de la majorité des retraités et des bénéficiaires de pensions d'invalidité et que, conformément à cet objectif, il a soustrait 77 % des assurés à la mesure de limitation à 0,3 % de la revalorisation des pensions.

À cet égard, le Conseil a rappelé que le caractère contributif des régimes d'assurance vieillesse et invalidité qui fait, en principe, dépendre le montant des pensions servies de la durée et du montant des cotisations versées, se prête mal à l'instauration de telles différences de traitement.

En effet, les pensions de vieillesse et d'invalidité sont servies en contrepartie des cotisations sociales d'assurance vieillesse et invalidité précédemment versées par les assurés. Il en résulte deux conséquences. D'une part, *« Leur niveau est en principe lié à la durée pendant laquelle ces cotisations ont été versées ou à leur montant »* (paragr. 62). D'autre part, *« Les niveaux relatifs des prestations versées à chaque assuré doivent également, dans le cadre d'un régime contributif de cotisations sociales, refléter les écarts de contribution au financement des branches vieillesse et invalidité des régimes obligatoires de sécurité sociale »* (même paragr.).

Or, *« la revalorisation différentielle prévue par les dispositions contestées, dont l'effet se répercute d'année en année, modifie durablement les niveaux relatifs des prestations versées à chaque assuré, au profit des trois quarts des retraités et bénéficiaires de pensions d'invalidité et au détriment du quart restant »* (paragr. 63). Le Conseil constitutionnel en a conclu qu'une telle revalorisation différentielle *« affecte ainsi, par ses conséquences, le caractère contributif des*

¹⁹ Décision n° 2014-698 DC du 6 août 2014, *Loi de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014*, cons..17.

régimes d'assurance vieillesse et invalidité ». Ce faisant, il a souligné qu'elle serait susceptible, à terme, de le remettre en cause.

Cependant, en l'espèce, plusieurs considérations l'ont amené à juger conforme à la Constitution une telle revalorisation différentielle. En premier lieu, comme il l'avait fait dans sa décision du 6 août 2014 précitée, le Conseil s'est appuyé sur le caractère exceptionnel de cette revalorisation différentielle, en soulignant qu'elle n'a pas vocation à être réitérée et que la précédente revalorisation différentielle, qui présentait une ampleur limitée et n'a bénéficié qu'aux titulaires de pensions d'un montant inférieur à 1 200 euros par mois, est intervenue il y a plus de cinq ans.

En deuxième lieu, le Conseil a relevé que, eu égard au seuil de 2 000 euros et au taux d'inflation retenu par le Gouvernement, qui est de 1 %, la différence de revalorisation est d'une ampleur maximale de quatorze euros par mois et par pensionné.

Enfin, le Conseil a noté que les dispositions contestées prévoyaient un mécanisme de lissage qui, bien que n'empêchant pas que le montant revalorisé de pension de certains assurés proches du seuil de 2 000 euros dépasse celui d'autres pensionnés légèrement au-dessus de ce seuil, diminue l'amplitude de la différence de revalorisation.

Dès lors, le Conseil a, « *compte tenu de son caractère exceptionnel et limité* », jugé que « *le dispositif de revalorisation différentielle contesté repose sur des critères objectifs et rationnels en rapport avec l'objet de la loi et ne crée pas de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques* » (paragr. 67).

Enfin, après avoir considéré que le fait que le législateur prévoie une revalorisation à hauteur de 0,3 % des pensions perçues par des assurés qui bénéficient d'un montant total de pension supérieur ou égal à 2 000 euros ne méconnaît pas les exigences résultant du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, le Conseil a jugé le premier alinéa et le 1^o de l'article 81 conformes à la Constitution.