

OBSERVATIONS DU GOUVERNEMENT
SUR LA LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2020

Le Conseil constitutionnel a été saisi de deux recours de plus de soixante députés et d'un recours de plus de soixante sénateurs contre la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020. Ces recours appellent, de la part du Gouvernement, les observations suivantes.

Sur la procédure d'adoption de la loi

1. Il est tout d'abord soutenu que le délai de dépôt des amendements en commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale en première lecture, le délai séparant la date limite de dépôt des amendements en commission et l'examen du texte par celle-ci et, plus généralement, les délais fixés pour la première et la nouvelle lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale auraient été insuffisants pour garantir les droits reconnus au Parlement, en particulier l'exercice du droit d'amendement.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a été déposé devant l'Assemblée nationale le 9 octobre 2019, adopté en séance publique en première lecture dans cette assemblée le 29 octobre suivant et rejeté par le Sénat le 14 novembre. Après l'échec de la commission mixte paritaire, l'Assemblée nationale l'a adopté en nouvelle lecture le 26 novembre et le Sénat le 30 novembre 2019. La brièveté relative de ces délais vise à respecter ceux que prévoient l'article 47-1 de la Constitution, notamment le délai de vingt jours imparti à l'Assemblée nationale, à compter du dépôt du projet, pour se prononcer, et le délai global de cinquante jours dans lequel le Parlement doit se prononcer, sauf à mettre en œuvre les dispositions du projet par ordonnance. Ces délais ont été conformes à ceux prévus par les articles LO 111-6 et LO 111-7 du code de la sécurité sociale. Ils imposaient nécessairement des délais contraints pour l'examen des textes en commission et, par voie de conséquence, pour le dépôt des amendements.

Ces délais, pas plus que l'exigence de motivation spéciale résultant du IV de l'article LO 111-7-1 du code de la sécurité sociale, n'ont fait obstacle à l'exercice effectif du droit d'amendement des parlementaires, comme le confirme au demeurant le nombre d'amendements déposés par les députés en première lecture, tant en commission (1013, contre 636 pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 au même stade) qu'en séance publique (2066, contre 1624 l'année précédente). Contrairement à ce qui est soutenu, le contrôle de recevabilité financière a pu être effectué dans des conditions régulières, comme en attestent les 700 amendements déclarés irrecevables à ce titre en première lecture à l'Assemblée nationale.

Il s'en déduit que les exigences de clarté et de sincérité du débat parlementaire, auxquelles il y a lieu de rattacher la critique tirée d'un prétendu « principe du bon déroulement démocratique », n'ont en rien été méconnues (voir en ce sens la décision n° 2017-756 DC du 21 décembre 2017, paragr. 25).

2. Les députés auteurs des recours allèguent plus précisément que le dépôt, en nouvelle lecture, d'un amendement du Gouvernement modifiant l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé à l'article 89 aurait vicié la procédure d'adoption de la loi en rendant caduque la discussion intervenue en première lecture sur la base d'un projet de loi et d'une étude d'impact reposant sur des données différentes.

Aucune disposition constitutionnelle ou organique ne fait obstacle à la modification, même substantielle, de l'ONDAM en nouvelle lecture par voie d'amendement, dès lors que ce dernier est présenté et adopté dans des conditions conformes à la Constitution. Ce droit est, au contraire, garanti aux membres du Parlement comme au Gouvernement par l'article 44 de la Constitution (voir, à propos de la réécriture complète d'une disposition, la décision n° 2013-666 DC du 11 avril 2013, cons. 2 à 4 et, pour l'adoption en nouvelle lecture d'un amendement qui, selon les requérants, était en rupture avec le projet de loi initial et remettait en cause son économie, la décision n° 2018-769 DC du 4 septembre 2018, paragr. 47 et 48). A ce titre, il ne peut être utilement soutenu qu'aurait été méconnu l'article 8 de la loi organique n° 2009-403 du 15 avril 2009 relative à l'application des articles 34-1, 39 et 44 de la Constitution, qui impose la présentation d'une étude d'impact pour les projets de loi avant leur dépôt sur le bureau de la première assemblée saisie et non pour les amendements (voir notamment la décision n° 2016-739 DC du 17 novembre 2016, paragr. 6).

En l'espèce, l'amendement critiqué a été présenté dans des conditions régulières.

Son exposé des motifs en décrit clairement les justifications, relatives au plan « Investir pour l'hôpital » annoncé le 20 novembre 2019 par le Premier ministre et la ministre des solidarités et de la santé. Contrairement à ce qui est allégué - sous l'angle d'ailleurs inadéquat du principe de sincérité de la loi de financement de la sécurité sociale, alors que ne sont pas en cause les hypothèses économiques sur lesquelles repose la trajectoire financière de la sécurité sociale -, il ne comporte aucune information de nature à induire en erreur le Parlement : s'il est fait état de financements supplémentaires « fléchés sur l'hôpital », à hauteur de 300 millions d'euros, il est ensuite indiqué que les mesures de revalorisation des aides-soignants « bénéficieront aux personnels hospitaliers comme à ceux du secteur médico-social », et fait état d'un relèvement du sous-objectif « dépenses relatives aux établissements de santé » comme du sous-objectif « Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées ». Ainsi, sur les 300 millions d'euros prévus au titre de ce plan, les deux tiers doivent être affectés aux établissements de santé et le tiers restant aux établissements sociaux et médico-sociaux pour personnes âgées. La large communication publique dont a fait l'objet le contenu du plan avant le dépôt de l'amendement a de surcroît permis d'éclairer la représentation nationale sur sa portée exacte.

En outre, les conséquences financières de l'amendement ont été tirées dans les tableaux d'équilibre financier et dans l'annexe B. Ils représentent d'ailleurs une augmentation inférieure à 0,15 % du montant de l'ONDAM initialement prévu. Cette modification de l'ONDAM, prévisible dès la première lecture dès lors que le Gouvernement avait annoncé son intention de prendre des mesures à destination des établissements de santé et médico-sociaux en réponse aux difficultés rencontrées par le secteur et aux revendications exprimées, a par ailleurs donné lieu à un débat nourri en nouvelle lecture.

Dans ces conditions, les exigences de clarté et de sincérité du débat parlementaire n'ont nullement été méconnues. En particulier, il ne peut être sérieusement soutenu que le Gouvernement aurait fait un « usage manifestement excessif » de son droit d'amendement au sens de la décision du Conseil constitutionnel n° 95-370 DC du 30 décembre 1995 invoquée, laquelle vise l'hypothèse du dépôt d'un nombre très élevé d'amendements dans le but d'entraver la procédure d'adoption d'une loi.

Sur le respect de l'objectif de valeur constitutionnelle d'équilibre financier de la sécurité sociale

L'un des recours soutient que les articles 3 et 25 de la loi déférée portent atteinte à l'objectif de valeur constitutionnelle d'équilibre financier de la sécurité sociale. Le Gouvernement ne partage pas cette analyse.

La dégradation du solde des régimes obligatoires de base, qui est en grande partie imputable à une conjoncture économique moins favorable qu'anticipé, est atténuée par l'annulation de mesures de désendettement et de transfert de recettes au budget de l'Etat qui avaient été prévues dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019. Quant aux dispositions contestées, qui ne représentent que

0,54 % des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du fonds de solidarité vieillesse en 2019, elles ne compromettent nullement l'équilibre financier de la sécurité sociale et ne feront pas obstacle à ce que, conformément à la trajectoire établie, des excédents soient dégagés, dès 2020 pour les branches famille et accidents du travail et maladies professionnelles, et en 2023 pour l'assurance maladie.

Sur le grief tiré de la méconnaissance d'un prétendu « principe constitutionnel d'autonomie organique et financière de la sécurité sociale »

Il est soutenu par les auteurs de l'un des recours que les articles 3, 25, 27 et 28 de la loi déferée méconnaîtraient le « principe constitutionnel d'autonomie organique et financière de la sécurité sociale ».

Ce principe n'existe pas. Le Conseil constitutionnel a jugé que « *si l'existence de branches de la sécurité sociale est reconnue par l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, l'autonomie financière des branches ne constitue pas, par elle-même, un principe de valeur constitutionnelle* » (décision n° 2001-453 DC du 18 décembre 2001, cons. 61 à 65 et décision n° 2002-463 DC du 12 décembre 2002, cons. 24 et 27 à 29).

Contrairement à ce qui est soutenu, l'article LO. 111-3 ne pose aucun « *principe de compensation systématique de toute perte de recettes pour la Sécurité sociale* » par l'Etat : au contraire, son IV envisage expressément la création ou la modification de mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale non compensées aux régimes obligatoires de base, en réservant aux lois de financement de la sécurité sociale le soin d'écarter toute compensation. Ces dernières, et elles seules, peuvent ainsi déroger à la règle de compensation intégrale par l'Etat de telles mesures, posée à l'article de loi ordinaire L. 131-7 du code de la sécurité sociale, dont la méconnaissance ne peut être utilement invoquée à l'encontre d'une loi de financement de la sécurité sociale.

Il ne peut davantage être utilement soutenu que les articles 3, 17, 19 et 20 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ne respecteraient pas le monopole des lois de financement de la sécurité sociale en matière de non-compensation, au motif qu'ils écartent la compensation au titre de mesures antérieurement prévues par la loi ordinaire, en l'occurrence par les articles 2 et 3 de la loi n° 2018-1213 du 24 décembre 2018 portant mesures d'urgence économiques et sociales. Les dispositions du IV de l'article LO 111-3 n'ont ni pour objet ni pour effet d'interdire au législateur ordinaire d'adopter des mesures de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité ni de faire obstacle à ce qu'en pareil cas, la plus prochaine loi de financement de la sécurité sociale, à laquelle il appartient de prendre en compte leurs incidences sur les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale, prévoie ensuite que ces mesures ne seront pas compensées. Elles ont en revanche pour conséquence qu'aussi longtemps que la loi de financement de la sécurité sociale n'en a pas disposé autrement, les mesures prises dans la loi ordinaire donnent lieu à compensation au profit des organismes de sécurité sociale.

C'est bien ainsi que ces dispositions organiques ont toujours été entendues. A titre d'exemple, la perte de recettes liée au crédit d'impôt de taxe sur les salaires, institué par l'article 88 de la loi n° 2016-1917 du 29 décembre 2016 de finances pour 2017, a fait l'objet d'une mesure de non-compensation à l'article 5 de la loi n° 2017-1836 du 30 décembre 2017 de financement de la sécurité sociale pour 2018. De même, les exonérations de cotisations de sécurité sociale liées à l'abondement des plans d'épargne pour la retraite collectifs, prévues par l'article 26 de la loi n° 2008-789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail, ont fait l'objet d'une mesure de non-compensation au 4° du I de l'article 26 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009.

La loi du 24 décembre 2018 ayant été adoptée postérieurement au vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, c'est bien dans la loi déferée qu'avait vocation à figurer la disposition de non-compensation.

La loi du 24 décembre 2018 ayant été adoptée postérieurement au vote de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019, c'est bien dans la loi déferée qu'avait vocation à figurer la disposition de non-compensation.

De même, la Constitution ne garantit pas l'« autonomie organique » de la sécurité sociale. La notion d'autonomie des organismes de sécurité sociale est seulement utilisée par commodité par les tables d'analyse des décisions du Conseil constitutionnel du 4 octobre 1958 au 4 octobre 2019 (p. 585), pour classer la décision rangeant dans le domaine de la loi défini par l'article 34 de la Constitution, en ce qu'elle met en cause l'autonomie des caisses de sécurité sociale et touche de ce fait aux principes fondamentaux de la sécurité sociale, l'obligation pour elles de motiver le refus de communiquer un document administratif (décision n° 88-154 L du 10 mars 1988, cons. 4).

Sur l'article 8 de la loi relatif à l'articulation entre le « bonus-malus » sur les contrats courts et les allègements généraux de cotisations sociales

Afin de limiter le recours aux contrats courts, qui peuvent être sources de précarité du salarié, la loi n° 2018-771 du 5 septembre 2018 pour la liberté de choisir son avenir professionnel a mis en place un dispositif dit de « bonus-malus » consistant à moduler le taux de contribution de certains employeurs au titre de l'assurance chômage en fonction de l'utilisation qu'ils font de ces contrats.

Les contributions des employeurs à l'assurance-chômage sont comprises dans le dispositif d'allègement général de cotisations prévu à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale au titre des salariés de l'entreprise percevant moins de 1,6 SMIC. Compte tenu des modalités de calcul du coefficient de réduction des cotisations et contributions dans le cadre de ce dispositif, la majoration du taux de la contribution d'assurance chômage induite par le malus n'aurait, en l'absence de mesure spécifique, pas été prise en compte pour le calcul des exonérations, compte tenu du mécanisme de plafonnement prévu au III de l'article L. 241-13. A l'inverse, la minoration du taux induite par le bonus aurait conduit à une baisse du montant de la réduction générale dont bénéficie l'employeur. Ainsi, une entreprise n'employant que des salariés au SMIC et n'ayant pas eu recours à des contrats courts ne tirerait aucun bénéfice du bonus qui lui serait octroyé, puisque ce dernier s'appliquerait sur un montant nul de contributions patronales d'assurance chômage, compte tenu de l'exonération totale des contributions.

C'est pour éviter cet effet et préserver l'effet incitatif du bonus que l'article 8 de la loi déferée neutralise l'application du « bonus-malus » pour le calcul du taux de la contribution d'assurance chômage utilisé pour définir le coefficient de réduction au titre de l'allègement général.

Cette mesure trouve sa place en loi de financement de la sécurité sociale à un double titre :

- en premier lieu, l'effet de la mesure prévue par l'article 8 pour l'UNEDIC est intégralement neutralisé par le mécanisme de compensation au régime d'assurance-chômage du coût de la réduction générale des cotisations et contributions patronales par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). En effet, l'assurance chômage reçoit de l'ACOSS les ressources correspondant au coût exact des cotisations exonérées dans le cadre des allègements généraux. Ce mécanisme implique que les branches du régime général, en assurant la neutralité de cette opération pour l'ACOSS, supportent in fine l'incidence des écarts entre la compensation versée pour solde de tout compte par l'État à la sécurité sociale d'une part – au moyen d'une fraction de TVA fixée en PLF et correspondant au coût prévisionnel de l'exonération sur la base du taux nominal de 4,05 % – et le montant réel de la réduction d'autre part. Par conséquent, seule la sécurité sociale supportera les conséquences financières de cette mesure. A ce titre, la disposition relève du 2° du B du V de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale ;

- en second lieu, la part de la réduction générale qui excède le montant des cotisations et contributions du fait de l'application d'un bonus peut, pour les salariés rémunérés au niveau du SMIC notamment, faire l'objet d'une imputation non seulement sur les contributions patronales d'assurance chômage dues pour les autres salariés, mais aussi sur les cotisations de sécurité sociale. Il en résulte une forme d'exonération supplémentaire de cotisations et contributions de sécurité sociale, qui justifie l'insertion de la mesure en loi de financement de la sécurité sociale au titre du B du V du même article LO 111-3.

Sur l'article 15 de la loi relatif à la taxe sur les « prémix »

La consommation de boissons dites « prémix », qui consistent en un mélange de boisson(s) alcoolisée(s) et de boisson(s) très sucrées, constitue un enjeu majeur de santé publique qui a justifié la mise en place d'une taxe, perçue par la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, par la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997.

Ont été exclus du champ de cette taxe, défini à l'article 1613 bis du code général des impôts :

1° les boissons spiritueuses au sens du règlement (CEE) n° 1576/89 du Conseil, du 29 mai 1989, qui a été remplacé par le règlement (UE) 2019/787 du Parlement européen et du Conseil du 17 avril 2019 ;

2° les vins de raisins frais (vins tranquilles, vins mousseux, vins pétillants...) prévus par le règlement (CE) n° 1493/1999 du Conseil du 17 mai 1999 portant organisation commune du marché vitivinicole, qui a été abrogé par le règlement (CE) n° 479/2008 du Conseil du 29 avril 2008 portant organisation commune du marché vitivinicole ;

3° les vins aromatisés, boissons aromatisées à base de vin et cocktails aromatisés de produits vitivinicoles, régis par le règlement (CEE) n° 1601/91 du Conseil du 10 juin 1991 établissant les règles générales relatives à la définition, à la désignation et à la présentation de ces boissons, qui a été remplacé par le règlement modifié n° 251/2014 du Parlement européen et du Conseil du 26 février 2014.

4° les boissons bénéficiant d'indications géographiques protégées ou d'attestations de spécificité ;

5° les boissons contenant moins de 35 grammes de sucre ou une édulcoration équivalente ;

6° les cidres et poirés mentionnés au 5° de l'article 458 du code général des impôts.

Ce régime fiscal a été explicité par la circulaire du 8 février 2017 (NOR : ECFD1703991). Il n'a soulevé aucune difficulté d'application.

Outre l'actualisation des références tirant les conséquences de l'abrogation des règlements 1576/89 et 1493/1999 mentionnés ci-dessus, l'article 15 de la loi déferée a pour objet d'inclure la troisième catégorie de boissons mentionnée ci-dessus dans le champ de la taxe sur les « prémix ». Dans la mesure où ces boissons sont incluses dans le champ du règlement (UE) n° 1308/2013 du Parlement européen et du Conseil du 17 décembre 2013, il s'est avéré nécessaire, en rédaction, d'énoncer que les boissons prévues par ce règlement sont exclues du champ de la taxe, à l'exception des boissons régies par le règlement n° 251/2014, qui s'y trouvent par conséquent incluses.

Ce faisant, le champ de la taxe est clairement délimité. Il n'en résulte aucune ambiguïté ou équivoque. La seule circonstance que, comme dans sa version en vigueur, l'article 1613 bis du code général des impôts dans sa rédaction issue de l'article 15 de la loi déferée se réfère à plusieurs règlements européens afin de circonscrire précisément les boissons entrant dans l'assiette de la taxe, et procède, en écriture, par double négation, ne saurait caractériser une méconnaissance de l'objectif d'intelligibilité de la loi.

Sur l'article 21 de la loi relatif aux sanctions infligées aux donneurs d'ordre en matière de travail dissimulé

1. En vertu de l'article L. 8222-1 du code du travail, le donneur d'ordre qui a conclu avec un prestataire un contrat d'un certain montant doit vérifier que ce dernier s'acquitte des formalités dont l'omission caractérise le délit de travail dissimulé. L'article L. 8222-5 du même code lui fait en outre obligation d'enjoindre aussitôt à son cocontractant de faire cesser sans délai la situation de travail dissimulé dont il aura été préalablement informé. Afin d'en garantir l'effectivité, l'article L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale sanctionne les manquements du donneur d'ordre à ces obligations de vigilance ou de diligence par la suppression de réductions ou exonérations des cotisations ou contributions sociales dont il a bénéficié au titre des rémunérations versées à ses propres salariés.

Dans l'état actuel du droit, cette annulation de réductions ou exonérations est totale lorsque les rémunérations versées ou dues à un ou des salariés dissimulés, pour chacun des mois au cours desquels ils l'ont été, sont au moins égales à la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 3232-3 du code du travail. Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à cette rémunération mensuelle minimale, l'annulation est réduite à due proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale. Il résulte en outre du deuxième alinéa de l'article L. 133-4-5 que le montant total de l'annulation ne peut excéder 15 000 euros pour une personne physique et 75 000 euros pour une personne morale.

Le Conseil constitutionnel a jugé que cette sanction n'était pas manifestement hors de proportion avec la gravité de l'infraction commise, dès lors, notamment qu'elle est modulée en fonction de l'ampleur et de la durée du travail dissimulé (décision n° 2019-796 QPC du 5 juillet 2019, paragr. 4 à 9).

2. Le 2° de l'article 21 de la loi soumise à l'examen du Conseil constitutionnel introduit un mécanisme supplémentaire de modulation du montant de la sanction financière infligée au donneur d'ordre, analogue à celui que l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a prévu, au III de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale, pour ce qui concerne la sanction homologue infligée au cocontractant coupable de travail dissimulé. Lorsqu'est en cause la requalification en contrat de travail de la relation commerciale avec un travailleur indépendant, ou que les montants en jeu représentent une proportion limitée de l'activité, ou, selon le a) du 1° du I de l'article 21 de la loi déferée, une proportion limitée des salariés régulièrement déclarés, l'annulation des réductions ou exonérations de cotisations ou contributions sociales est réduite par application d'un ratio consistant à rapporter le double des rémunérations éludées en raison du travail dissimulé au montant total des rémunérations versées aux salariés du donneur d'ordre par ce dernier, sur la période concernée, dans la limite de 100 %.

Loin de méconnaître le principe de proportionnalité des peines, comme le prétend l'un des recours, ces dispositions ont au contraire pour objet d'en conforter le respect en permettant une meilleure individualisation de la peine et en tenant compte de la réalité du préjudice social causé par les pratiques de travail dissimulé et les manquements du donneur d'ordre à ses obligations. Elles permettent en effet de moduler le montant de la sanction en fonction de la gravité de l'infraction commise, au regard de sa nature ou de son ampleur, et de l'avantage que ce donneur d'ordre en retire au regard de l'ensemble de son activité, sans pénaliser excessivement les donneurs d'ordre faisant appel à la sous-traitance pour une partie modeste de leur activité, le cas échéant occasionnellement. En l'absence de ce dispositif, ces entreprises s'exposeraient à l'annulation de l'intégralité des réductions et exonérations dont ils ont bénéficié pour l'ensemble de leurs salariés.

Le dispositif répressif prévu à l'article L. 133-4-5 du code de la sécurité sociale ne s'en trouve nullement privé d'effet dissuasif compte tenu du montant de la sanction maximale susceptible d'être infligée au donneur d'ordre, y compris dans les situations visées au III de l'article L. 133-4-2 de ce code.

Sur l'article 23 de la loi relatif à la clause de sauvegarde en matière de dispositifs médicaux

1. Afin d'assurer le respect de l'ONDAM, l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 crée à l'article L. 138-19-10 du code de la sécurité sociale une « clause de sauvegarde » consistant à mettre une contribution, ayant le caractère d'une imposition, à la charge des exploitants de certains dispositifs médicaux – c'est-à-dire, comme le dix-huitième alinéa de l'article prend soin de le préciser, des fabricants ou, en l'absence de fabricant présent sur le territoire européen, des distributeurs au sens du droit de l'Union européenne – lorsque le montant global remboursé par l'assurance maladie au cours d'une année civile au titre de ces dispositifs, minoré du montant de certaines remises, est supérieur à un seuil déterminé par la loi.

Les produits relevant du champ d'application de ces dispositions sont ceux qui remplissent une double condition :

- d'une part, ils doivent être inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables, prévue à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale ;
- d'autre part, ils doivent être pris en charge par l'assurance maladie lorsqu'ils sont distribués en établissement de santé et financés au titre de la liste prévue à l'article L. 162-22-7 du même code – dite « liste en sus », où figurent les dispositifs remboursés en sus des prestations d'hospitalisation prises en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale dans le cadre de la tarification à l'activité.

En pratique, seuls des dispositifs médicaux, auxquels s'ajoutent les substituts osseux qui sont au nombre des « *tissus et cellules du corps humain* » mentionnés à l'article L. 165-1 mentionné ci-dessus, relèvent, en l'état actuel de ces listes, du champ de la contribution.

2. Ce mécanisme, qui vise à assurer une meilleure régulation du recours à ces dispositifs particulièrement coûteux pour l'assurance maladie, s'inspire de la clause de sauvegarde prévue à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale pour les médicaments remboursables, qui a été déclaré conforme à la Constitution (décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998, cons. 23 à 27).

Il s'en distingue toutefois par son assiette. Celle-ci n'est pas constituée du chiffre d'affaires des exploitants en relation avec les dispositifs entrant dans le champ de la mesure, mais du montant des dépenses nettes remboursées par l'assurance maladie qui excède l'objectif fixé par la loi. Ce choix a été guidé par la préoccupation de simplifier les modalités de calcul et de permettre un suivi en cours d'année dès lors que les montants remboursés sont directement et précisément connus de l'assurance maladie, alors que la référence au chiffre d'affaires aurait supposé une déclaration des redevables et, le cas échéant, des contrôles.

Il y a toutefois lieu d'observer que, dès lors qu'aucun remboursement ne peut intervenir sans que le produit ait été préalablement vendu par l'exploitant, les montants remboursés et le chiffre d'affaires réalisé par l'ensemble des exploitants au titre des dispositifs médicaux relevant de la mesure sont d'un montant très proche. Un écart modeste peut naître de la vente de dispositifs médicaux finalement non utilisés par l'établissement et ne donnant pas lieu à remboursement de ce fait ; mais, outre que cette hypothèse est très rare en pratique, la plupart des contrats conclus entre les établissements et les industriels prévoient que les dispositifs non utilisés ne sont pas facturés.

Il importe en outre de préciser que seuls les montants remboursés correspondant à une rémunération versée à l'exploitant sont pris en compte, comme l'atteste la soustraction des remises prévue par les dispositions critiquées. Ainsi, lorsque, au titre d'un dispositif médical dont le prix facturé était inférieur au tarif de responsabilité qui sert en principe de base au remboursement, l'établissement se voit rembourser par l'assurance maladie le prix de vente majoré d'une fraction de la différence entre le tarif de responsabilité et ce prix, dans le cadre du mécanisme d'incitation à la négociation des prix prévu à l'article L. 165-7 du code de la sécurité sociale, le remboursement n'est pris en compte, pour

l'application de la clause de sauvegarde, qu'à hauteur du prix réellement facturé par l'exploitant. Dans le cas contraire, la contribution serait pour partie assise sur des sommes ne correspondant pas, directement ou indirectement, à des revenus perçus par le redevable, mais seulement à des sommes perçues par les établissements, ce que proscribit en principe la Constitution (décision n° 2017-669 QPC du 27 octobre 2017, paragr. 6). La neutralisation de cette somme versée à l'établissement au-delà du prix de vente du dispositif médical n'a d'ailleurs qu'un impact financier marginal, dans la mesure où l'essentiel des sommes remboursées aux établissements de santé est constitué du prix des dispositifs versés aux exploitants.

L'assiette étant seulement constituée du montant du dépassement de l'objectif, elle permet enfin de corréliser directement le montant de la contribution totale à l'ampleur de ce dépassement, lequel résulte des pratiques tarifaires des exploitants.

3. Sur la base de la contribution globale calculée selon les modalités décrites au point 2, la contribution due par chaque exploitant est ensuite déterminée « *au prorata du montant remboursé au titre des produits et prestations qu'il exploite* ». Les produits et prestations auxquels il est fait référence sont uniquement ceux qui entrent dans le champ de la clause de sauvegarde. Contrairement à ce qui est allégué par l'une des saisines, ces règles de détermination de l'assiette, comme celles qui fixent le taux, n'avaient pas à comporter une modulation en fonction des caractéristiques des entreprises ou des dispositifs médicaux. D'une part, les exploitants concernés comme les catégories de produits forment des ensembles plus homogènes que ceux en cause dans la clause de sauvegarde en matière de médicaments, qui porte sur tous les médicaments remboursés : 90 % des montants remboursés portent sur deux champs de dépenses et 20 entreprises représentent 70 % du montant remboursé. D'autre part, la proratisation garantit que le montant de la contribution exigée d'un exploitant sera directement fonction de ses parts de marché au titre des produits relevant de la clause de sauvegarde.

Il résulte de ce qui précède que l'assiette retenue reflète la part prise par les entreprises concernées dans les dépenses d'assurance maladie au titre des dispositifs médicaux relevant de son champ d'application, à l'instar d'une assiette fondée sur le chiffre d'affaires qu'elles ont tiré de la vente de ces mêmes produits. De surcroît, la prise en charge de ces produits s'effectue dans la limite du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 165-2 du code de la sécurité sociale, qui est directement négocié entre le comité économique des produits de santé et l'industriel, ce qui concourt à sa responsabilisation.

Enfin, comme pour les médicaments, le montant de la contribution dont chaque entreprise est redevable au titre de la clause de sauvegarde nouvellement instaurée est plafonné à 10 % du chiffre d'affaires hors taxes brut de l'entreprise sur le champ de la clause de sauvegarde.

Dans ces conditions, le montant de la contribution, corrélé aux facultés contributives des redevables et reposant sur des critères de calcul objectifs et rationnels, ne présente pas un caractère confiscatoire et n'introduit aucune rupture d'égalité devant les charges publiques.

Cette conclusion s'impose *a fortiori* pour l'année 2020, dans la mesure où la contribution ne sera due qu'en cas d'augmentation supérieure à 3 % du montant remboursé par l'assurance maladie au cours de l'année 2019. Comme le montre l'étude d'impact du projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement n'escompte aucune recette de ce dispositif mais, seulement, un effet d'incitation des exploitants à consentir davantage de remises afin de contenir le montant des dépenses nettes remboursées en-deçà du plafond ainsi fixé.

Sur l'article 42 de la loi relatif au prix maximal de vente de médicaments

1. Cette disposition a pour objet de permettre dans certaines conditions la fixation par arrêté d'un prix maximal de vente de deux catégories de produits :

- d'une part, les médicaments inscrits sur la liste des spécialités agréées à l'usage des collectivités et divers services publics prévue à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. En pratique,

le dispositif porte sur ceux de ces médicaments qui sont financés au titre des prestations forfaitaires d'hospitalisation prévues à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, dans la mesure où le prix des spécialités pharmaceutiques inscrits sur la « liste en sus » prévue à l'article L. 162-22-7 du même code peut déjà être plafonné en application de l'article L. 162-16-6 de ce code ;

- d'autre part, les produits et prestations autres que les médicaments, en particulier les dispositifs médicaux à usage individuel, financés au titre des prestations d'hospitalisation. Du fait de ce financement par les prestations d'hospitalisation, ces dispositifs médicaux et prestations associées ne sont pas inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables (dite « LPP ») prévue à l'article L. 165-1 du CSS ni par conséquent sur la « liste en sus ».

L'objectif poursuivi par ce dispositif, recommandé par le rapport de la Cour des comptes de 2017 sur les achats hospitaliers, est double :

- elle permet d'abord de répondre aux augmentations tarifaires décidées par les fabricants qui ne seraient pas motivées par des considérations objectives liées à l'amélioration de la qualité des produits, à la réévaluation de leur intérêt médical ou de leur rapport bénéfices/risques, à l'évolution du volume des ventes ou à l'alourdissement de leurs charges, mais seraient rendues possibles par le déséquilibre de la relation entre ces exploitants et les établissements né d'une situation de monopole ou de quasi-monopole dans laquelle les premiers peuvent se trouver ou de besoins d'approvisionnement urgents plaçant les seconds en situation de dépendance. Dans la mesure où les produits sont remboursés forfaitairement à travers la tarification des prestations d'hospitalisation prévue à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, l'établissement de santé peut, du fait notamment de ses difficultés financières, renoncer à leur acquisition en raison d'une brusque augmentation de prix ;
- elle permet ensuite de réguler les dépenses d'achat de produits de santé qui présentent un caractère particulièrement coûteux pour certains établissements à titre unitaire ou compte tenu de leur volume global.

2. La première hypothèse est envisagée au 1° du I de l'article L. 162-16-4-3 introduit dans le code de la sécurité sociale par l'article 42 de la loi déferée, qui se réfère à la notion de « *risque de dépenses injustifiées* » déjà utilisée par le code de la sécurité sociale, notamment à l'article L. 162-17-9, sans donner lieu à un abondant contentieux. Le caractère injustifié des dépenses peut s'apprécier de plusieurs manières, dont deux sont mises en exergue dans la loi :

- d'une part, elle peut être révélée par l'augmentation significative des prix de vente des médicaments ou dispositifs aux établissements, tels qu'ils ressortent des données des établissements agrégées à l'échelle nationale. Il n'y a pas lieu d'enserrer ce critère dans des repères chiffrés ni de fixer un terme de référence précis pour apprécier le caractère significatif de l'augmentation, qui pourra résulter de la soudaineté et de l'ampleur de la hausse des prix de vente, au regard de l'évolution historique de ces prix. Ces dispositions sont suffisamment précises pour conjurer le risque d'arbitraire et ne pas faire peser sur les autorités en charge de leur application le soin de fixer des règles dont la détermination n'a été confiée par la Constitution qu'à la loi ;
- d'autre part, un écart significatif entre les prix de vente du produit en cause et les prix de produits de santé comparables pourra constituer un indice du caractère injustifié des dépenses afférentes. La comparabilité à laquelle se réfèrent les dispositions critiquées n'implique ni leur équivalence, ni même leur substituabilité – auquel cas la possibilité pour les établissements de santé de s'approvisionner auprès des fabricants de ces produits comparables rendrait en général inutile la régulation du prix du produit. Elle résulte en général de l'analogie de visée thérapeutique. On relèvera à cet égard que, pour déclarer conformes à la Constitution les dispositions du 2° du I

de l'article 98 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2017 qui ont permis la réduction du prix d'un médicament au regard, notamment, du prix net ou du tarif net « de la spécialité et des médicaments à même visée thérapeutique », le Conseil constitutionnel s'est lui-même référé à la notion de « médicaments comparables » (décision n° 2016-742 DC du 22 décembre 2016, cons. 60). Des spécialités pharmaceutiques relevant de la même classe thérapeutique et concernant les mêmes indications thérapeutiques peuvent être comparables tout en se différenciant au regard de leurs effets, de leur mode d'action et de leur place dans la stratégie thérapeutique. Il y a lieu d'observer que le Conseil d'Etat statuant au contentieux est amené à apprécier si les différences existant entre des « spécialités étroitement comparables » peuvent justifier de leur réserver un sort différent au regard de l'inscription sur certaines listes (voir par exemple CE, 20 décembre 2013, Société Pierre Fabre Médicaments, n° 353632). De la même façon, il conviendra d'examiner au cas par cas si l'existence et l'ampleur d'une différence de prix entre un médicament ou un dispositif et des produits comparables se justifient par des différences d'ordre thérapeutique pour apprécier l'existence d'un risque de dépenses injustifiées.

3. Le II de l'article L. 162-16-4-3 introduit dans le code de la sécurité sociale par l'article 42 de la loi déferée définit les modalités de fixation du prix maximal. A ce titre, il permet, sur la base d'au moins l'un des critères prévus au II de l'article L. 162-16-4 du même code, de fixer ce prix à un niveau « *inférieur ou baissé* » par rapport au prix résultant de l'application d'au moins l'un des critères mentionnés à la seconde phrase du premier alinéa du I du même article. Ces dispositions font directement référence aux modalités de fixation du prix des médicaments définies à cet article L. 162-16-4, qui ont été déclarées conformes à la Constitution par le Conseil constitutionnel (décision n° 2016-742 DC du 22 décembre 2016, cons. 60 et suivants). Ces dispositions ne présentent donc pas un caractère équivoque.

4. Il résulte de la jurisprudence du Conseil constitutionnel que la liberté d'entreprendre, qui n'est ni générale, ni absolue (décision n° 97-388 DC du 20 mars 1997, cons. 51), peut faire l'objet de limitations liées à des exigences constitutionnelles ou justifiées par l'intérêt général, à la condition qu'il n'en résulte pas d'atteintes disproportionnées au regard de l'objectif poursuivi (décision n° 2010-89 QPC du 21 janvier 2011, cons. 3 ; décision n° 2016-742 DC du 22 décembre 2016, paragr. 62).

Le mécanisme du prix de vente maximal de produits prévu à l'article 42 de la loi déferée constitue une limitation à la liberté d'entreprendre de leurs exploitants qui est justifiée par l'objectif de valeur constitutionnelle d'équilibre financier de la sécurité sociale et par la protection de la santé garantie par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, dès lors qu'il favorise l'accès aux médicaments et dispositifs concernés.

Tant les conditions justifiant le recours à ce mécanisme, rappelées ci-dessus, que les modalités de fixation du prix maximal et les garanties qui l'entourent permettent d'en assurer la proportionnalité dans son principe. Il appartiendra à l'autorité administrative, sous le contrôle du juge, de veiller au respect de cette exigence dans le choix de recourir à ce dispositif et le prix maximal qu'elle fixera.

5. Contrairement à ce qui est soutenu par le premier recours émanant de députés, ces dispositions sont, par elles-mêmes, dépourvues d'incidence sur le respect des exigences constitutionnelles en matière de commande publique.

D'une part, elles n'affectent en rien les obligations que le code de la commande publique met à la charge des établissements pour pourvoir à leurs besoins de médicaments et dispositifs médicaux.

D'autre part, la circonstance que la fixation du prix maximal d'un produit aurait pour conséquence de figer l'un des paramètres de la consultation n'entraîne nullement une atteinte à la liberté d'accès aux marchés publics et à la libre concurrence. Les offres pourront se distinguer tant sur le prix proposé, dans la limite du plafond fixé par arrêté, que sur les caractéristiques techniques des produits et les prestations et services proposés.

De fait, aucune distorsion de concurrence ni difficulté juridique ou pratique au regard des règles de la commande publique n'est apparue à la suite de la mise en place du prix limite de ventes des produits de santé inscrits sur la « liste en sus ».

Sur l'article 81 de la loi relatif à la revalorisation différenciée des pensions versées par les régimes de base

1. En vertu de l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale, les pensions de retraite, comme l'essentiel des prestations sociales, font en principe l'objet d'une revalorisation annuelle sur la base de l'inflation. La préservation de l'équilibre financier de la sécurité sociale, objectif de valeur constitutionnelle, peut nécessiter qu'il soit dérogé à cette règle. Tel est l'objet de l'article 81 de la loi déferée qui prévoit, au titre de l'année 2020, une revalorisation limitée à 0,3 %. Cette revalorisation maîtrisée concerne, comme en 2019, l'ensemble des prestations sociales, à l'exception des minima sociaux.

Toutefois, dans le contexte des manifestations sociales qui se sont déroulées depuis la fin de l'année 2019, le législateur a souhaité en 2020, à la différence de 2019, ne faire peser cet effort financier que sur les titulaires des pensions de retraite les plus élevées, en soustrayant les assurés percevant des pensions plus modestes du champ de la mesure de revalorisation maîtrisée. Le choix du législateur, au regard de la marge d'appréciation qui est la sienne, s'est porté sur un montant de référence de 2 000 euros de pensions par mois, en-deçà duquel s'applique la revalorisation de droit commun prévue à l'article L. 161-25 du code de la sécurité sociale. Ce montant, certes sensiblement plus élevé que le montant moyen et médian des pensions (cf. annexe, pt. 1), permet toutefois de cibler la mesure de régulation financière sur près du quart – exactement 23 % – des assurés, qui perçoivent les pensions les plus élevées, et de revaloriser à hauteur de 1 % la pension de base de 77 % des assurés (cf. annexe, pt. 2), c'est-à-dire celle des classes sociales défavorisées et des classes moyennes, ce qui concourt à la préservation de leur pouvoir d'achat, au soutien de la consommation et de l'activité économique, et répond au vif mécontentement social exprimé dans le cadre du mouvement dit des « gilets jaunes ». L'objectif ainsi poursuivi répond à d'incontestables finalités d'intérêt général, au regard desquelles le montant de référence de 2 000 euros apparaît objectif et rationnel. Ce seuil, exprimé en fonction du montant total des pensions, est par ailleurs en rapport direct avec l'objet de la loi puisqu'il s'applique pour modifier une règle de revalorisation applicable aux pensions, sans prendre en compte d'autres revenus qui peuvent être exceptionnels.

2. L'architecture du dispositif est par ailleurs largement analogue à celle de l'article 9 de la loi n° 2014-892 du 8 août 2014 de financement rectificative de la sécurité sociale pour 2014. Comme celui-ci (décision n° 2014-698 DC du 6 août 2014, cons. 14 à 17), il est conforme à la Constitution.

En premier lieu, l'intégralité des revenus de pensions, régimes de base et régimes complémentaires confondus, est prise en compte pour déterminer le taux de revalorisation applicable. Ce choix, que le Conseil constitutionnel a admis dans sa décision de 2014, a pour objet de neutraliser les différences de structures de pensions selon les catégories de retraités. La pension de base représente en effet l'essentiel des revenus de pension des fonctionnaires, alors que la retraite complémentaire constitue une part importante de la pension totale des salariés du secteur privé. Une mesure circonscrite aux pensions versées par les seuls régimes de base aurait été excessivement désavantageuse pour les fonctionnaires. Loin de méconnaître le principe d'égalité, comme le prétendent les auteurs des recours, ce choix a au contraire pour objet et pour effet d'en conforter le respect. S'il est vrai que la revalorisation elle-même ne porte que sur le montant de la pension de base, il ne saurait en être autrement compte tenu de la compétence de la loi de financement de la sécurité sociale et des modalités de pilotage des régimes complémentaires de retraite, dont les paramètres de revalorisation sont fixés par les partenaires sociaux conventionnels. Les différences de revalorisation consécutives à la mesure critiquée résultent non pas des règles auxquelles elle obéit mais de l'existence même de régimes distincts régis par des règles propres, lesquelles ne peuvent du reste être utilement comparées sous l'angle du principe d'égalité. Le Conseil constitutionnel juge ainsi de manière constante qu'une différence de traitement inhérente aux

modalités selon lesquelles s'est progressivement développée la sécurité sociale en France ainsi qu'à la diversité corrélative des régimes ne saurait être regardée, par elle-même, comme contraire au principe d'égalité (décision n° 99-416 DC du 23 juillet 1999, cons. 9).

En deuxième lieu, afin de prévenir toute rupture d'égalité devant les charges publiques, l'ampleur du différentiel de revalorisation a été limitée - en-deçà de 2 000 euros, la revalorisation s'élève à 1 %, contre 0,3 % au-delà de 2014 euros – et un mécanisme de lissage très progressif a été mis en place pour les assurés dont les revenus de pensions s'établissent entre 2000 et 2014 euros. Trois taux intermédiaires ont été créés à cette fin (0,8 %, 0,6 % et 0,4 %) pour limiter les effets de seuil et circonscrire le plus possible les effets d'inversion de la « hiérarchie des pensions ». Il en résulte que les pensionnés du secteur privé percevant une pension de 2002,31 euros ou plus avant revalorisation et les pensionnés du secteur public percevant une pension de 2004 euros ou plus avant revalorisation continueront de bénéficier d'une pension de retraite supérieure à l'ensemble des personnes qui percevaient antérieurement une pension inférieure. L'écart mensuel maximum entre deux retraites se suivant immédiatement s'élèvera ainsi à 2,31 euros pour le secteur privé (cf. annexe, pt. 3), soit un montant sensiblement inférieur à celui de 3,51 euros qu'avait admis le Conseil constitutionnel dans sa décision de 2014. Pour les assurés du secteur public, l'écart mensuel maximum s'élèvera à 3,92 euros, ce qui reste modique au regard des sommes en jeu (0,2 % des retraites concernées) et demeure dans la marge d'appréciation que le principe d'égalité devant les charges publiques ménage au législateur.

En troisième et dernier lieu, comme c'était le cas du dispositif validé en 2014, la disposition critiquée est une mesure exceptionnelle, circonscrite à l'année 2020, qui n'a pas vocation à être pérennisée, d'autant qu'a été annoncée l'application de la règle d'indexation sur l'inflation à compter de 2021. Elle ne pourrait d'ailleurs l'être que par une loi de financement de la sécurité sociale ultérieure, qui ne manquerait pas d'être soumise au Conseil constitutionnel. La circonstance que « l'effet base » de la mesure présente un caractère permanent n'aboutit pas à une rupture d'égalité devant les charges publiques compte tenu de l'ampleur limitée de la revalorisation et du mécanisme de lissage précédemment décrit, et ne prive pas la mesure de son caractère ponctuel, comme l'avait expressément relevé le Conseil constitutionnel dans sa décision de 2014 (voir aussi, dans le même sens, la décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018, cons. 42).

Pour l'ensemble de ces raisons, le grief tiré de la méconnaissance du principe d'égalité devant les charges publiques ne pourra qu'être écarté.

3. La limitation à 0,3 % de la revalorisation des pensions de plus de 2014 euros, comme c'était le cas de l'ensemble des pensions en 2019, ne porte nullement atteinte aux exigences découlant du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946. D'une part, ces exigences n'impliquent pas l'indexation des pensions sur l'inflation. D'autre part, ces pensions sont revalorisées et s'établiront à un montant qui ne compromet pas la santé et la sécurité matérielle de leurs titulaires. Dans sa décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018, le Conseil constitutionnel a déjà jugé que 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 (cons. 46).

*

Pour l'ensemble de ces raisons, le Gouvernement est d'avis qu'aucun des griefs articulés par les auteurs des trois recours n'est de nature à justifier la censure des dispositions contestées de la loi déférée. Aussi estime-t-il que le Conseil constitutionnel devra rejeter ces recours.

Annexe aux observations relatives à l'article 81

1. Montant moyen et médian des pensions totales servies par les régimes de base et les régimes complémentaires obligatoires

Montant moyen 2017 :

Pension totale (droit direct, droit dérivé et majoration pour enfants)			
Brute	Brute	Brute	Nette
Ensemble	Femmes	Hommes	Ensemble
1 567	1 356	1 798	1 472

Source : Drees, *les retraités et les retraites* – Edition 2019

Montant médian 2017 :

	Brute Ensemble	Brute Femmes	Brute Hommes	Nette Ensemble
Médiane	1 430	1 243	1 634	1 346

Source : DREES

2. Nombre de pensionnés percevant moins de 2000 euros de pensions

	Effectif	Répartition
Revalorisation selon l'inflation	13,9	77%
Revalorisation entre l'inflation et 0,3%	0,1	1%
Revalorisation de 0,3%	4,0	22%
Total	18,1	100%

Source : données Cnav - projections 2020 sur la base de l'EIR 2017, retraitements DSS pour comptabiliser les assurés concernés par le dispositif de lissage

En moyenne, parmi les assurés exonérés de CSG, la part de la pension complémentaire dans la pension totale s'établit à 35 % (données Drees 2017).

Sur l'ensemble des retraités, quel que soit leur montant total de pension (alors que la demande porte sur les – de 2 000 €) et qu'ils bénéficient ou non d'une retraite complémentaire (ce qui n'est pas le cas dans la fonction publique et les régimes spéciaux.), sur le champ des retraités vivants le 31/12/2016, résidents en France, la répartition des pensions par type est la suivante :

Quantile de la distribution des parts de pensions versées par les régimes complémentaires dans la pension de retraite totale :

- Q1 : 4,5 % (25 % des bénéficiaires de retraités ont une part complémentaire inférieure à 4,5 %)
- Médiane : 23,6 % (50 % des bénéficiaires de retraités ont une part complémentaire inférieure à 23,6 %)
- Q3 : 34,6 % (75 % des bénéficiaires de retraités ont une part complémentaire inférieure à 34,6 %)

Source : DREES

3. Effets de la mesure de revalorisation différenciée

Caractéristiques de la revalorisation prévue à l'article 81 de la LFSS pour 2020	
Taux de lissage (hors taux de 0,3 % et 1 %)	3 (0,8 % ; 0,6 %, 0,4 %)
Seuils	4 (2 000 ; 2 008 ; 2 012 ; 2 014)
Effet pour un assuré du secteur privé	
Ecart mensuel maximum entre deux retraites se suivant immédiatement	2,31 € (soit moins de 0,1 % des retraites concernées)
Seuil de retraite avant revalorisation à partir duquel le montant après revalorisation redevient supérieur à celui d'une retraite avant revalorisation de 2 000 € (2 020 €)	2 002,3 €
Effet pour un assuré du secteur public	
Ecart mensuel maximum entre deux retraites se suivant immédiatement	3,92 € (soit environ 0,2 % des retraites concernées)
Seuil de retraite avant revalorisation à partir duquel le montant après revalorisation redevient supérieur à celui d'une retraite avant revalorisation de 2 000 € (2 020 €)	2 004 €