

## Décision n° 99-416 DC du 23 juillet 1999

### Loi portant création d'une couverture maladie universelle

Le Conseil constitutionnel a été saisi le 1er juillet 1999 par MM Jean-Louis Debré, Philippe Douste-Blazy, José Rossi, Jean-Claude Abrioux, Bernard Accoyer, Mme Michèle Alliot-Marie, MM René André, André Angot, Philippe Auberger, Pierre Aubry, Jean Auclair, Mmes Martine Aurillac, Roselyne Bachelot, MM Edouard Balladur, Jean Bardet, François Baroin, Jacques Baumel, Christian Bergelin, André Berthol, Jean Besson, Bruno Bourg-Broc, Michel Bouvard, Victor Brial, Philippe Briand, Michel Buillard, Gilles Carrez, Mme Nicole Catala, MM Richard Cazenave, Jean-Paul Charié, Jean Charroppin, Jean-Marc Chavanne, Alain Cousin, Jean-Michel Couve, Charles Cova, Henri Cuq, Lucien Degauchy, Arthur Dehaine, Jean-Pierre Delalande, Patrick Delnatte, Jean-Marie Demange, Xavier Deniau, Yves Deniaud, Eric Doligé, Guy Drut, Christian Estrosi, Jean-Claude Etienne, Jean Falala, François Fillon, Roland Francisci, Pierre Frogier, Robert Galley, René Galy-Dejean, Henri de Gastines, Hervé Gaymard, Michel Giraud, René Godfrain, Louis Guédon, Jean-Claude Guibal, François Guillaume, Gérard Hamel, Michel Hunault, Christian Jacob, Didier Julia, Alain Juppé, Jacques Kossowski, Robert Lamy, Pierre Lasbordes, Thierry Lazaro, Pierre Lellouche, Arnaud Lepercq, Jacques Limouzy, Thierry Mariani, Jacques Masdeu-Arus, Mme Jacqueline Mathieu-Obadia, MM Gilbert Meyer, Jean-Claude Mignon, Charles Miossec, Pierre Morange, Renaud Muselier, Jean-Marc Nudant, Patrick Ollier, Mme Françoise de Panafieu, MM Jacques Pélissard, Dominique Perben, Etienne Pinte, Bernard Pons, Robert Poujade, Didier Quentin, Jean-Bernard Raimond, Nicolas Sarkozy, Bernard Schreiner, Michel Terrot, Jean Tiberi, Georges Tron, Jean Ueberschlag, Léon Vachet, Jean Valleix, François Vannson, Roland Vuillaume, Mmes Marie-Jo Zimmermann, Nicole Ameline, M François d'Aubert, Mme Sylvia Bassot, MM Jacques Blanc, Roland Blum, Dominique Bussereau, Pierre Cardo, Antoine Carré, Pascal Clément, Georges Colombier, Bernard Deflesselles, Francis Delattre, Laurent Dominati, Dominique Dord, Charles Ehrmann, Nicolas Forissier, Gilbert Gantier, Claude Gatignol, Claude Goasguen, François Goulard, Pierre Hellier, Philippe Houillon, Aimé Kerguéris, Marc Laffineur, Jean-Claude Lenoir, Pierre Lequiller, Alain Madelin, Jean-François Mattei, Michel Meylan, Alain Moyne-Bressand, Yves Nicolin, Paul Patriarche, Jean Proriot, Jean Rigaud, Jean Roatta, Joël Sarlot, Guy Teissier, Philippe Vasseur, Gérard Voisin, Jean-Pierre Abelin, Pierre Albertini, Pierre-Christophe Baguet, Jacques Barrot, Dominique Baudis, Jean-Louis Bernard, Claude Birraux, Emile Blessig, Mmes Hélène Boisseau, Christine Boutin, MM Loïc Bouvard, Yves Bur, Dominique Caillaud, Hervé de Charrette, René Couanau, Charles de Courson, Yves Coussain, Marc-Philippe Daubresse, Léonce Deprez, Renaud Donnedieu de Vabres, Renaud Dutreil, Jean-Pierre Foucher, Claude Gaillard, Germain Gengenwin, Hubert Grimault, Pierre Hériaud, Mmes Anne-Marie Idrac, Bernadette Isaac-Sibille, MM Jean-Jacques Jégou, Christian Kert, Edouard Landrain, Jacques Le Nay, François Léotard, Maurice Leroy, Roger Lestas, Maurice Ligot, François Loos, Christian Martin, Pierre Méhaignerie, Pierre Micaux, Mme Louise Moreau, MM Hervé Morin, Jean-Marie Morisset, Dominique Paillé, Henri Plagnol, Jean-Luc Préel, Marc Reymann, Gilles de Robien, François Rochebloine, Rudy Salles, André Santini, Michel Voisin, Jean-Jacques Weber et Pierre-André Wiltzer, députés, dans les conditions prévues à l'article 61, alinéa 2, de la Constitution de la conformité à celle-ci de la loi portant création d'une couverture maladie universelle,

Le Conseil constitutionnel,

Vu la Constitution ;

Vu l'ordonnance n° 58-1067 du 7 novembre 1958 modifiée portant loi organique sur le Conseil constitutionnel, notamment le chapitre II du titre II de ladite ordonnance ;

Vu la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés ;

Vu la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 modifiée renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques ;

Vu la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 modifiée portant réforme des procédures civiles d'exécution ;

Vu la loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 modifiée relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale ;

Vu le code général des impôts ;

Vu le code de la santé publique ;

Vu le code rural ;

Vu le code des assurances ;

Vu le code de la sécurité sociale ;

Vu les observations du Gouvernement enregistrées le 13 juillet 1999 ;

Le rapporteur ayant été entendu,

1. Considérant que les députés requérants demandent au Conseil constitutionnel de déclarer non conforme à la Constitution la loi portant création d'une couverture maladie universelle ; qu'ils contestent la régularité de la procédure d'adoption du titre V de la loi et mettent en cause la conformité à la Constitution, en tout ou partie, de ses articles 3, 14, 18, 20, 23, 27, 36 et 41 ;

– SUR LES GRIEFS DIRIGES CONTRE LES DISPOSITIONS RELATIVES A LA " COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE "

. En ce qui concerne l'égalité entre assurés sociaux :

2. Considérant qu'aux termes de son article 1er, la loi déferée a pour objet de créer, " pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais " ; qu'à cet effet, l'article 3 de la loi insère au titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale, dans un chapitre préliminaire intitulé : " Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France ", un article L. 380-1 aux termes duquel : " Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité " ; qu'il est précisé par le nouvel article L. 380-2, inséré dans le même chapitre par l'article 3, que les personnes ainsi affiliées au régime général " sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix " ; que, par ailleurs, l'article 20 de la loi place dans le chapitre 1er du nouveau titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale, intitulé " Protection complémentaire en matière de santé ", un article L. 861-1 dont le premier paragraphe dispose : " Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge " ; que l'article L. 861-3 énumère les dépenses de santé qui seront prises en charge " sans contrepartie contributive " au titre de la protection complémentaire ainsi instituée ;

3. Considérant que les requérants font grief à ces dispositions d'instituer de " graves inégalités entre assurés sociaux ", en méconnaissance de l'article 2 de la Constitution, de l'article 6 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 et du " droit constitutionnel à l'égalité d'accès aux soins " qui découle du onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 ; qu'ils font valoir que ce dispositif institue " un seuil couperet " excluant du bénéfice de la couverture maladie universelle les personnes dont les revenus sont à peine supérieurs au plafond, alors même que celles-ci disposent d'un niveau de ressources voisin de celui de ses bénéficiaires ; qu'aucun dispositif n'est prévu par la loi pour tempérer les conséquences néfastes de cet " effet de seuil " pour de nombreuses personnes défavorisées ; qu'en outre, le montant de 3 500 francs de revenus mensuels envisagé pour une personne seule se situe en dessous des minima sociaux ainsi que du seuil de pauvreté ; que, par ailleurs, ce dispositif ne permet pas de résoudre les difficultés résultant des disparités existant entre les différents régimes de sécurité sociale, certaines personnes devant continuer à cotiser pour un régime de base, alors que leurs revenus sont inférieurs au seuil d'accès à la couverture maladie universelle ;

4. Considérant qu'aux termes du dixième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946 : " La Nation assure à l'individu et à la famille les conditions nécessaires à leur développement " ; que, selon son onzième alinéa : " Elle 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... " ;

5. Considérant qu'il incombe au législateur, comme à l'autorité réglementaire, conformément à leurs compétences respectives, de déterminer, dans le respect des principes posés par ces dispositions, les modalités concrètes de leur mise en oeuvre ;
6. Considérant, en particulier, qu'il est à tout moment loisible au législateur, statuant dans le domaine qui lui est réservé par l'article 34 de la Constitution, d'adopter, pour la réalisation ou la conciliation d'objectifs de nature constitutionnelle, des modalités nouvelles dont il lui appartient d'apprécier l'opportunité ; que, cependant, l'exercice de ce pouvoir ne saurait aboutir à priver de garanties légales des exigences de caractère constitutionnel ;
7. Considérant que le grief tiré de l'existence d'un " effet de seuil " n'a pas la même portée selon qu'il s'agit de la couverture de base ou de la couverture complémentaire ;
8. Considérant, en premier lieu, que l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale se borne à exonérer de cotisations, s'agissant de la couverture de base attribuée sur critère de résidence en application de l'article L. 380-1 du même code, les personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France lorsque leurs revenus sont inférieurs à un plafond fixé par décret ; que les cotisations dues par les personnes dont les ressources excèdent ce plafond sont proportionnelles à la part de leurs ressources dépassant ledit plafond ; que, par suite, le moyen tiré de l'existence d'un " effet de seuil " manque en fait s'agissant de la couverture de base ;
9. Considérant, par ailleurs, que le législateur s'est fixé pour objectif, selon les termes de l'article L. 380-1 précité, d'offrir une couverture de base aux personnes n'ayant " droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité " ; que le principe d'égalité ne saurait imposer au législateur, lorsqu'il s'efforce, comme en l'espèce, de réduire les disparités de traitement en matière de protection sociale, de remédier concomitamment à l'ensemble des disparités existantes ; que la différence de traitement dénoncée par les requérants entre les nouveaux bénéficiaires de la couverture maladie universelle et les personnes qui, déjà assujetties à un régime d'assurance maladie, restent obligées, à revenu équivalent, de verser des cotisations, est inhérente aux modalités selon lesquelles s'est progressivement développée l'assurance maladie en France ainsi qu'à la diversité corrélative des régimes, que la loi déferée ne remet pas en cause ;
10. Considérant, en second lieu, s'agissant de la couverture complémentaire sur critère de ressources prévue par l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, que le législateur a choisi d'instituer au profit de ses bénéficiaires, compte tenu de la faiblesse de leurs ressources et de la situation de précarité qui en résulte, une prise en charge intégrale des dépenses de santé et une dispense d'avance de frais, l'organisme prestataire bénéficiant d'une compensation financière de la part d'un établissement public créé à cet effet par l'article 27 de la loi ; que le choix d'un plafond de ressources, pour déterminer les bénéficiaires d'un tel régime, est en rapport avec l'objet de la loi ; qu'il n'appartient pas au Conseil constitutionnel de rechercher si les objectifs que s'est assignés le législateur auraient pu être atteints par d'autres voies, dès lors que les modalités retenues par la loi ne sont pas manifestement inappropriées ; qu'en l'espèce, en raison tout à la fois des options prises, du fait que la protection instituée par la loi porte sur des prestations en nature et non en espèces, du fait que ces prestations ont un caractère non contributif, et eu égard aux difficultés auxquelles se heurterait en conséquence l'institution d'un mécanisme de lissage des effets de seuil, le législateur ne peut être regardé comme ayant méconnu le principe d'égalité ;
11. Considérant, toutefois, qu'il appartiendra au pouvoir réglementaire de fixer le montant des plafonds de ressources prévus par les articles L. 380-2 et L. 861-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que les modalités de leur révision annuelle, de façon à respecter les dispositions précitées du Préambule de la Constitution de 1946 ; que, sous cette réserve, le grief doit être écarté ;
- . En ce qui concerne l'égalité entre les organismes d'assurance maladie et les organismes de protection sociale complémentaire :
12. Considérant qu'en vertu de l'article L. 861-4 inséré dans le code de la sécurité sociale par l'article 20 de la loi déferée, les personnes en droit de bénéficier de la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1 obtiennent le bénéfice des prestations qui leur sont dues, à leur choix, soit auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'État, soit par adhésion à une mutuelle, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une société d'assurance ; que le " Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie " créé par l'article L. 862-1, inséré dans le code de la sécurité sociale par l'article 27 de la loi déferée, versera en contrepartie aux organismes d'assurance maladie une somme égale aux dépenses engagées ; que la compensation prévue par l'article L. 862-4 du même code pour les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance est une somme trimestrielle

forfaitaire de 375 francs par personne prise en charge s'imputant sur la contribution spéciale à laquelle ces organismes sont assujettis en vertu du même article ;

13. Considérant que, selon les requérants, les modalités ainsi retenues instituent une " concurrence déloyale entre des organismes placés dans la même situation et cela sans qu'un motif d'intérêt général le justifie " ; qu'en raison du " monopole reconnu aux caisses primaires concernant l'instruction des dossiers de demande de couverture maladie universelle ", les bénéficiaires de celle-ci " se tourneront tout naturellement vers les caisses pour leur protection complémentaire " ; que cette disparité est aggravée par les modalités de compensation des dépenses engagées au titre de la couverture complémentaire, les organismes d'assurance maladie ayant droit au remboursement intégral des dépenses effectuées, alors que les organismes de protection sociale complémentaire ne toucheront qu'une somme forfaitaire ; qu'en outre, cet avantage concurrentiel constitue " un abus de position dominante " au sens de l'article 86 du Traité instituant la Communauté européenne ;

14. Considérant que, s'il est vrai que les conditions de compensation des dépenses engagées au titre de la protection complémentaire des bénéficiaires de la couverture maladie universelle ne sont pas les mêmes selon que le choix des intéressés se porte sur un organisme d'assurance maladie ou sur un organisme de protection sociale complémentaire, les différences de traitement qui en résultent entre organismes sont la conséquence de la différence de situation de ces derniers au regard de l'objet de la loi ; qu'en effet, les organismes d'assurance maladie ont l'obligation de prendre en charge, dans le cadre de leur mission de service public et pour le compte de l'État, la couverture complémentaire des bénéficiaires de la couverture maladie universelle qui leur en font la demande ; qu'en revanche, les organismes de protection sociale complémentaire ont la simple faculté de participer à ce dispositif et la liberté de s'en retirer ; que la différence de traitement critiquée est en rapport direct avec l'objet de la loi, lequel consiste à garantir l'accès à une protection complémentaire en matière de santé aux personnes dont les ressources sont les plus faibles ;

15. Considérant qu'est également conforme à cet objectif, en raison de la simplification des démarches qu'il permet, le choix fait par le législateur de confier aux organismes d'assurance maladie la mission d'instruire toutes les demandes d'admission au bénéfice de la couverture maladie universelle ; qu'il appartiendra néanmoins à ces organismes d'informer les assurés de la possibilité de choix qui s'offre à eux et de leur communiquer, à cette fin, la liste des organismes de protection sociale complémentaire ayant déclaré vouloir participer à ce dispositif ;

16. Considérant qu'il résulte de tout ce qui précède que les différences de traitement critiquées ne sont pas contraires à la Constitution ; qu'il n'appartient pas au Conseil constitutionnel, saisi en application de l'article 61 de la Constitution, d'examiner la conformité à un traité de la loi qui lui est déférée ;

. En ce qui concerne l'égalité devant les charges publiques :

17. Considérant que les requérants soutiennent que le mode de financement de la couverture maladie universelle crée une inégalité devant les charges publiques au détriment des organismes de protection sociale complémentaire ; qu'à l'appui de leur argumentation, ils font valoir que seuls les organismes de protection sociale complémentaire seront assujettis au prélèvement sur le " chiffre d'affaires santé ", institué par la loi en vue de financer la couverture médicale complémentaire des bénéficiaires de la couverture maladie universelle ; que ce prélèvement sera, selon eux, soumis à l'impôt sur les sociétés et, par suite, constitutif d'une double imposition ; que le coût dudit prélèvement sera mis doublement à la charge des adhérents des organismes complémentaires " par l'impôt au titre de la solidarité et par l'accroissement de leurs cotisations complémentaires afin de continuer à avoir un accès suffisant aux soins " ; qu'en revanche, " les organismes européens de couverture complémentaire intervenant sur le marché français " pourront éviter d'être assujettis à ce prélèvement ;

18. Considérant que les requérants soutiennent également que la loi impose indûment aux organismes de protection sociale complémentaire de " maintenir les droits du bénéficiaire de la couverture maladie universelle pendant l'année suivant sa sortie de ce régime d'assurance maladie " ; qu'ils soutiennent enfin que la loi conduira à la résiliation de plein droit, sans indemnisation, des contrats d'assurance complémentaire déjà souscrits par les futurs bénéficiaires de la couverture maladie universelle ;

19. Considérant qu'aux termes de l'article 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : " 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 " ; que, si ce principe n'interdit pas au législateur de mettre à la charge de certaines catégories de personnes des charges particulières en vue d'améliorer les conditions de vie d'autres catégories de personnes, il ne doit pas en résulter de rupture caractérisée de l'égalité

devant les charges publiques ; qu'en outre, s'il est loisible au législateur d'apporter, pour des motifs d'intérêt général, des modifications à des contrats en cours d'exécution, il ne saurait porter à l'économie des contrats légalement conclus une atteinte d'une gravité telle qu'elle méconnaisse manifestement la liberté découlant de l'article 4 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ;

20. Considérant, en premier lieu, que l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale institue à la charge des organismes de protection sociale complémentaire une contribution destinée à alimenter le " Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie " ; que cette contribution est assise sur " le montant hors taxes des primes ou cotisations émises au cours d'un trimestre civil, déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées, afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, à l'exclusion des réassurances " ;

21. Considérant qu'il appartient au législateur, lorsqu'il établit une imposition, d'en déterminer librement l'assiette et le taux sous réserve du respect des principes et des règles de valeur constitutionnelle ; qu'en particulier, pour assurer le respect du principe d'égalité, il doit fonder son appréciation sur des critères objectifs et rationnels en fonction des buts qu'il se propose ;

22. Considérant qu'en soumettant les organismes de protection sociale complémentaire à un prélèvement sur leur chiffre d'affaires en matière de santé, le législateur a entendu les faire participer au financement de la couverture maladie universelle ; qu'il s'est fondé, à cette fin, sur des critères objectifs et rationnels ; qu'en définissant comme il l'a fait l'assiette de la contribution en cause et en en fixant le taux à 1,75 %, le législateur n'a pas créé de rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques ; qu'il a pu exonérer de contribution les organismes d'assurance maladie en raison de leur place dans le système de protection sociale, des missions de service public qui leur sont confiées et des contraintes spécifiques qui, de ce fait, pèsent sur eux ;

23. Considérant, en deuxième lieu, que manque en fait le moyen tiré d'une double imposition, dès lors que la contribution contestée sera, conformément aux dispositions du 4° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, déductible du bénéfice sur lequel est assis l'impôt sur les sociétés ;

24. Considérant, en troisième lieu, que la loi met la contribution qu'elle institue à la charge des organismes de protection sociale complémentaire eux-mêmes et non de leurs adhérents ; que la circonstance que certains organismes pourraient en répercuter le coût sur les primes et cotisations versées par leurs adhérents ne saurait entacher d'inconstitutionnalité les dispositions critiquées ;

25. Considérant, en quatrième lieu, qu'en vertu du b de l'article L. 862-7, inséré dans le code de la sécurité sociale par l'article 27 de la loi déferée, " les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestation de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant, résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues " ; que, par suite, ces organismes, comme les autres organismes de protection sociale complémentaire, sont assujettis à la contribution instituée par la loi ; que l'éventualité d'une méconnaissance de la loi ne saurait entacher celle-ci d'inconstitutionnalité ; que, dès lors, le grief tiré de ce que, en violation de l'article L. 862-7 précité, les organismes complémentaires européens opérant sur le marché français pourraient ne pas désigner de représentant ne peut être accueilli ;

26. Considérant, en cinquième lieu, qu'il résulte de l'article 6-1, inséré dans la loi susvisée du 31 décembre 1989 par l'article 23 de la loi déferée, qu'à l'expiration de son droit aux prestations, toute personne ayant bénéficié de la couverture maladie universelle reçoit de l'organisme qui en assurait la charge " la proposition de prolonger son adhésion ou son contrat pour une période d'un an, avec les mêmes prestations et pour un tarif n'excédant pas un montant fixé par arrêté " ; que, sous réserve que l'arrêté qu'elles prévoient ne fixe pas le tarif maximal à un niveau entraînant une rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques, ces dispositions ne méconnaissent pas l'article 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen ;

27. Considérant, enfin, qu'en prévoyant à l'article 6-2, inséré dans la même loi par l'article 23 de la loi déferée, que les bénéficiaires de la couverture maladie universelle antérieurement affiliés à un organisme de protection sociale complémentaire pourront obtenir de plein droit la résiliation de la garantie souscrite auprès de cet organisme, si ce dernier a fait le choix de ne pas participer au dispositif créé par la loi, le législateur a mis en oeuvre l'exigence constitutionnelle d'égalité devant la loi entre tous les bénéficiaires de la couverture maladie universelle ; que, n'ayant pas entendu exclure toute indemnisation, le législateur n'a pas porté aux contrats en cours d'exécution une atteinte contraire, par sa gravité, aux principes posés par les articles 4 et 13 de la Déclaration des droits de l'homme et du

citoyen ;

. En ce qui concerne les principes fondamentaux de la protection sociale :

28. Considérant que les requérants soutiennent que la mise en oeuvre du droit à la protection de la santé, affirmé par le onzième alinéa du Préambule de la Constitution de 1946, suppose le respect de principes fondamentaux de la protection sociale, de valeur constitutionnelle ; que la création de la couverture maladie universelle porterait à cet égard atteinte au " principe contributif " en accordant la gratuité des prestations sans aucune compensation financière et en méconnaissant le " principe de la liberté d'assurance " ; qu'elle contreviendrait en outre au " principe de remboursement des soins en fonction des besoins et non des revenus " en plaçant sous conditions de ressources une partie de l'assurance maladie ; que, s'agissant de la couverture complémentaire, seraient méconnus les " principes fondateurs d'adhésion, de cotisation, d'égalité de remboursement et de participation à la vie de la famille mutualiste " ;

29. Considérant qu'aucun des principes ainsi invoqués par les requérants ne constitue une norme de valeur constitutionnelle ; que les moyens tirés de leur violation sont, dès lors, inopérants ;

30. Considérant que, si les requérants soutiennent enfin que la loi risque à terme de remettre en cause le monopole de gestion des régimes de base par les caisses de sécurité sociale, un tel moyen, lié à des suites purement éventuelles de la réforme, ne peut être utilement invoqué à l'encontre de la loi soumise à l'examen du Conseil constitutionnel ;

. En ce qui concerne le respect par le législateur de sa propre compétence :

31. Considérant que les requérants font valoir que le " Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie ", établissement public national à caractère administratif créé par l'article 27 de la loi déferée, ne ressortit à aucune catégorie existante d'établissements publics ; que la loi aurait dû, dès lors, en fixer les règles constitutives ; qu'en renvoyant au pouvoir réglementaire, notamment le soin de déterminer la composition de ses organes de direction et les conditions de sa gestion, le législateur a méconnu la compétence qu'il tient de l'article 34 de la Constitution ;

32. Considérant que doivent être regardés comme entrant dans une même catégorie, au sens des dispositions de cet article, les établissements dont l'activité s'exerce territorialement sous la même tutelle administrative et qui ont une spécialité analogue ;

33. Considérant que l'activité du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie s'exercera, comme celle du Fonds de solidarité vieillesse, établissement public national à caractère administratif régi par les articles L. 135-1 et suivants introduits dans le code de la sécurité sociale par la loi susvisée du 22 juillet 1993, sous la tutelle de l'État ; que les deux établissements publics ont pour mission de gérer des transferts financiers entre l'État et les organismes de protection sociale ; qu'ainsi, les requérants ne sont pas fondés à soutenir que le fonds créé par l'article 27 constituerait à lui seul une nouvelle catégorie d'établissements publics ; que le grief tiré de l'incompétence négative du législateur doit être rejeté ;

– SUR LES GRIEFS DIRIGES CONTRE LES AUTRES DISPOSITIONS DE LA LOI :

. En ce qui concerne l'article 14 :

34. Considérant que le II de l'article 14 de la loi modifie l'article L. 652-3 du code de la sécurité sociale afin d'instaurer une nouvelle procédure d'exécution forcée en vue du recouvrement des cotisations, majorations et pénalités de retard dues aux organismes d'assurance maladie et maternité et aux caisses d'assurance vieillesse des professions non salariées non agricoles qui bénéficient du privilège prévu par l'article L. 243-4 du code de la sécurité sociale ou ont donné lieu à une inscription de privilège en application de l'article L. 243-5 du même code ; qu'en vertu du III de l'article 14, les dispositions de l'article L. 652-3 sont également applicables au recouvrement des cotisations dues par les employeurs et travailleurs indépendants aux unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales ; que le IX de l'article 14 de la loi insère un article 1143-8 dans le code rural qui a pour effet la mise en place, au profit des caisses de mutualité sociale agricole, d'une procédure de recouvrement identique à la précédente ;

35. Considérant qu'il résulte des dispositions contestées que, lorsqu'ils sont munis d'un titre exécutoire au sens de l'article 3 de la loi du 9 juillet 1991 susvisée, les organismes sociaux habilités à décerner une contrainte, en application soit de l'article L. 244-9 du code de la sécurité sociale, soit de l'article 1143-2 du code rural, peuvent procéder à une opposition à tiers détenteur ; que cette opposition vaut injonction " aux tiers dépositaires, détenteurs ou redevables de sommes appartenant ou devant revenir au débiteur, de verser, au lieu et place de celui-ci,... les fonds qu'ils détiennent ou qu'ils doivent à concurrence des cotisations et des majorations et pénalités de retard "

bénéficiant d'un privilège ou ayant donné lieu à une inscription de privilège ; qu'une telle opposition peut ainsi être formée non seulement lorsque les organismes sont en possession d'un jugement ayant force exécutoire reconnaissant leur droit de créance, mais aussi lorsqu'ils décernent eux-mêmes une contrainte valant titre exécutoire ;

36. Considérant que les requérants font grief aux dispositions de l'article 14 d'être " contraires au respect des droits de la défense et au principe du contradictoire " ; qu'ils relèvent à cet égard que, si l'assuré social peut contester la procédure, le juge n'interviendra " qu'a posteriori et non a priori " ; qu'en outre, du fait qu'il " concentre entre les mains du seul créancier à la fois la délivrance du titre exécutoire et l'exécution de celui-ci ", le dispositif en cause serait contraire au droit à un recours juridictionnel effectif ;

37. Considérant que la régularité au regard de la Constitution des termes d'une loi déjà promulguée peut être utilement contestée à l'occasion de l'examen par le Conseil constitutionnel de dispositions législatives qui affectent son domaine, la complètent ou, même sans en changer la portée, la modifient ;

38. Considérant qu'aux termes de l'article 16 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : " Toute société dans laquelle la garantie des droits n'est pas assurée ni la séparation des pouvoirs déterminée, n'a point de Constitution " ; qu'il résulte de cette disposition qu'il ne doit pas être porté d'atteintes substantielles au droit des personnes intéressées d'exercer un recours effectif devant une juridiction ; que le respect des droits de la défense constitue un des principes fondamentaux reconnus par les lois de la République réaffirmés par le Préambule de la Constitution de 1946, auquel se réfère le Préambule de la Constitution de 1958 ;

39. Considérant que, si le législateur peut conférer un effet exécutoire à certains titres délivrés par des personnes morales de droit public et, le cas échéant, par des personnes morales de droit privé chargées d'une mission de service public, et permettre ainsi la mise en oeuvre de mesures d'exécution forcée, il doit garantir au débiteur le droit à un recours effectif en ce qui concerne tant le bien-fondé desdits titres et l'obligation de payer que le déroulement de la procédure d'exécution forcée ; que, lorsqu'un tiers peut être mis en cause, un recours effectif doit également lui être assuré ;

40. Considérant, en premier lieu, qu'il résulte des dispositions critiquées que la contrainte décernée par les divers organismes intéressés, après mise en demeure restée infructueuse, peut être contestée par le débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale ; que ce n'est qu'à l'expiration du délai prévu pour former ce recours que la contrainte comporte les effets d'un jugement et que l'organisme créancier peut procéder à l'opposition à tiers détenteur ; qu'en outre, si la contrainte est contestée, l'opposition à tiers détenteur ne peut être formée qu'une fois rendue une décision juridictionnelle exécutoire fixant les droits de l'organisme créancier ; qu'une telle procédure sauvegarde le droit du débiteur d'exercer un recours juridictionnel ;

41. Considérant, en second lieu, que l'opposition à tiers détenteur est notifiée tant à celui-ci qu'au débiteur ; que, si elle emporte attribution immédiate des sommes concernées à l'organisme créancier, elle peut cependant être contestée dans le mois suivant sa notification devant le juge de l'exécution, tant par le débiteur que par le tiers détenteur ; que le paiement est différé pendant le délai de recours et, en cas de recours, jusqu'à ce qu'il soit statué sur celui-ci, sauf décision contraire du juge ; qu'est dès lors garanti au débiteur comme au tiers détenteur, également à ce stade de la procédure, le respect de leur droit à un recours effectif ;

42. Considérant que les voies de recours ouvertes au débiteur et au tiers détenteur par les dispositions critiquées respectent, aux différents stades de la procédure, les droits de la défense et le principe du contradictoire qui en est le corollaire ;

. En ce qui concerne l'article 36 :

43. Considérant que l'article 36 modifie les articles L. 161-31 et L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale relatifs au contenu et à l'utilisation d'une "carte électronique individuelle inter-régimes" ainsi qu'à sa délivrance à tout bénéficiaire de l'assurance maladie ;

44. Considérant que les requérants font grief à ce dispositif de porter atteinte au respect de la vie privée ; qu'ils font valoir que le système informatisé de transmission d'informations relatives à la santé des titulaires de la carte ne présente pas toutes les garanties et " comporte le risque d'être déjoué " ;

45. Considérant qu'aux termes de l'article 2 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen : " Le but de toute association politique est la conservation des droits naturels et imprescriptibles de l'Homme. Ces droits sont la liberté, la propriété, la sûreté, et la résistance à l'oppression. " ; que la liberté proclamée par cet article implique le respect de la vie privée ;

46. Considérant qu'aux termes du I de l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale, la carte électronique individuelle " doit permettre d'exprimer de manière précise l'accord du titulaire ou de son représentant légal pour faire apparaître les éléments nécessaires non seulement à la coordination des soins mais aussi à un suivi sanitaire " ; que le II du même article dispose : " Dans l'intérêt de la santé du patient, cette carte comporte un volet de santé... destiné à ne recevoir que les informations nécessaires aux interventions urgentes ainsi que les éléments permettant la continuité et la coordination des soins " ; qu'en vertu du I de l'article L.162-1-6 du code de la sécurité sociale, l'inscription, sur la carte, de ces informations est subordonnée dans tous les cas à l'accord du titulaire ou, s'agissant d'un mineur ou d'un majeur incapable, de son représentant légal ; que les personnes habilitées à donner cet accord peuvent, par ailleurs, " conditionner l'accès à une partie des informations contenues dans le volet de santé à l'utilisation d'un code secret qu'elles auront elles-mêmes établi " ; que l'intéressé a accès au contenu du volet de santé par l'intermédiaire d'un professionnel de santé habilité ; qu'il dispose du droit de rectification, du droit d'obtenir la suppression de certaines mentions et du droit de s'opposer à ce que, en cas de modification du contenu du volet de santé, certaines informations soient mentionnées ; qu'en outre, il appartiendra à un décret en Conseil d'État, pris après avis public et motivé du Conseil national de l'Ordre des médecins et de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, de fixer la nature des informations portées sur le volet de santé, les modalités d'identification des professionnels ayant inscrit des informations sur ce volet, ainsi que les conditions dans lesquelles, en fonction des types d'information, les professionnels de santé seront habilités à consulter, inscrire ou effacer les informations ; que la méconnaissance des règles permettant la communication d'informations figurant sur le volet de santé, ainsi que celle des règles relatives à la modification des informations, seront réprimées dans les conditions prévues par le VI de l'article L. 162-1-6 du code de la sécurité sociale ; que les sanctions pénales prévues par ces dernières dispositions s'appliqueront sans préjudice des dispositions de la section V du chapitre VI du titre II du livre deuxième du code pénal intitulée " Des atteintes aux droits de la personne résultant des fichiers ou des traitements informatiques " ; qu'enfin, le législateur n'a pas entendu déroger aux dispositions de l'article 21 de la loi du 6 janvier 1978 susvisée relatives aux pouvoirs de surveillance et de contrôle de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ;

47. Considérant que l'ensemble des garanties dont est assortie la mise en oeuvre des dispositions de l'article 36 de la loi, au nombre desquelles il convient de ranger les caractéristiques assurant la sécurité du système, sont de nature à sauvegarder le respect de la vie privée ;

. En ce qui concerne l'article 41 :

48. Considérant que cet article insère dans la loi susvisée du 6 janvier 1978 un chapitre V ter intitulé " Traitement des données personnelles de santé à des fins d'évaluation ou d'analyse des activités de soins et de prévention " comportant les articles 40-11 à 40-15 ; que ces articles définissent les modalités de communication, y compris à des personnes extérieures à l'administration, des données de santé en vue de permettre l'évaluation ou l'analyse des activités de soins et de prévention ; que l'article 40-12 établit en principe que " les données issues des systèmes d'information visés à l'article L. 710-6 du code de la santé publique, celles issues des dossiers médicaux détenus dans le cadre de l'exercice libéral des professions de santé, ainsi que celles issues des systèmes d'information des caisses d'assurance maladie, ne peuvent être communiquées à des fins statistiques d'évaluation ou d'analyse des pratiques et des activités de soins et de prévention que sous la forme de statistiques agrégées ou de données par patient constituées de telle sorte que les personnes concernées ne puissent être identifiées. " ; qu'il prévoit qu'il ne peut être dérogé à cette règle que sur autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, les données utilisées ne pouvant, dans ce cas, comporter ni le nom, ni le prénom des personnes, ni leur numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques ; que les articles 40-13 à 40-15 déterminent les pouvoirs de contrôle de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ; qu'en particulier, celle-ci doit s'assurer de la " nécessité de recourir à des données personnelles et de la pertinence du traitement au regard de sa finalité déclarée d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention " ; que, dans l'hypothèse où le demandeur n'apporte pas d'éléments suffisants pour attester la nécessité de disposer de certaines informations parmi celles dont le traitement est envisagé, la Commission peut " interdire la communication de ces informations par l'organisme qui les détient et n'autoriser le traitement que des données ainsi réduites " ; qu'elle dispose, à compter de sa saisine par le demandeur, d'un délai de deux mois, renouvelable une seule fois, pour se prononcer, son silence valant décision de rejet ;

49. Considérant que les requérants soutiennent qu'en subordonnant la communication de " données statistiques



anonymes " à un " avis conforme de la Commission nationale de l'informatique et des libertés ", l'article 41 porte atteinte à la liberté de communication énoncée à l'article 11 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen de 1789 ; qu'au surplus, cette formalité ne constitue pas, selon eux, " une garantie suffisante pour éviter la rupture de l'anonymat " ;

50. Considérant, en premier lieu, qu'il résulte des termes de la loi que les données de santé, si elles ne sont ni directement ni indirectement nominatives, peuvent être librement communiquées ; que manque donc en fait le moyen tiré de ce que la loi subordonne à autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés la communication de données ne permettant pas l'identification des personnes ;

51. Considérant, en second lieu, qu'il appartenait au législateur d'instituer une procédure propre à sauvegarder le respect de la vie privée des personnes, lorsqu'est demandée la communication de données de santé susceptibles de permettre l'identification de ces personnes ; qu'en subordonnant cette communication à autorisation de la Commission nationale de l'informatique et des libertés, le législateur, sans méconnaître l'article 11 de la Déclaration des droits de l'homme et du citoyen, a fixé en l'espèce des modalités assurant le respect de la vie privée ;

. En ce qui concerne les conditions d'adoption du titre V de la loi :

52. Considérant que les auteurs de la saisine font grief au titre V de la loi d'être sans rapport direct avec l'objet de cette dernière et de constituer en lui-même une loi portant diverses mesures d'ordre social, adoptée en " contradiction avec les règles tant de présentation que d'examen des projets de loi ordinaires " ; qu'il méconnaît, selon eux, la distinction entre projets et propositions de loi, d'une part, et amendements, d'autre part ; qu'il doit être, en conséquence, " considéré comme contraire aux articles 39 et 44 de notre Constitution, ainsi qu'aux droits fondamentaux reconnus des parlementaires " ;

53. Considérant qu'aux termes de la première phrase du deuxième alinéa de l'article 39 de la Constitution : " Les projets de loi sont délibérés en Conseil des ministres après avis du Conseil d'État et déposés sur le bureau de l'une des deux assemblées " et qu'aux termes du premier alinéa de son article 44 : " Les membres du Parlement et du Gouvernement ont le droit d'amendement " ;

54. Considérant que le projet de loi portant création d'une couverture maladie universelle a été déposé sur le bureau de l'Assemblée nationale le 3 mars 1999, après délibération du Conseil des ministres en date du même jour et avis du Conseil d'État rendu le 1er mars 1999 ; qu'il comportait dès l'origine un titre IV, devenu titre V, intitulé " Modernisation sanitaire et sociale " regroupant diverses dispositions d'ordre sanitaire et social ; que si, au cours de la procédure législative, plusieurs dispositions ont été introduites dans ce titre par voie d'amendement, elles l'ont été avant la réunion de la commission mixte paritaire, ne sont pas dénuées de lien avec le texte en discussion et ne dépassent pas, par leur objet ou leur portée, les limites inhérentes au droit d'amendement ;

55. Considérant, en revanche, que l'article 42, relatif au contenu de l'étiquetage des denrées alimentaires préemballées, est issu d'un amendement adopté après échec de la commission mixte paritaire ; qu'il est sans relation directe avec aucune des dispositions du texte en discussion ; que son adoption n'est pas davantage justifiée par la nécessité d'une coordination avec d'autres textes en cours d'examen au Parlement ; qu'il y a lieu, en conséquence, de le déclarer contraire à la Constitution comme ayant été adopté au terme d'une procédure irrégulière ;

56. Considérant qu'il n'y a lieu pour le Conseil constitutionnel d'examiner d'office aucune question de conformité à la Constitution ;

Décide :

Article premier :

L'article 42 est déclaré contraire à la Constitution.

Article 2 :

Sous les réserves énoncées dans la présente décision, les articles 3, 14, 18, 20, 23, 27, 36 et 41 sont déclarés conformes à la Constitution.

Article 3 :

La présente décision sera publiée au Journal officiel de la République française.

Délibéré par le Conseil constitutionnel dans sa séance du 23 juillet 1999, présidée par M Yves GUÉNA, et où siégeaient : MM Georges ABADIE, Michel AMELLER, Jean-Claude COLLIARD, Alain LANCELOT, Mme Noëlle LENOIR, M Pierre MAZEAUD et Mme Simone VEIL.

Le président,



Yves Guéna

Journal officiel du 28 juillet 1999, p. 11250  
Recueil, p. 100