



« Toulouse Capitole Publications » est l'archive institutionnelle de l'Université Toulouse 1 Capitole.

*ACCES AUX SERVICES DE SANTE ET LIBERTES ECONOMIQUES*

XAVIER BIOY

Référence de publication : Bioy, Xavier (2014) [Accès aux services de santé et libertés économiques](#). Constitutions : revue de droit constitutionnel appliqué (n°1). p. 87.  
Pour toute question sur Toulouse Capitole Publications,  
contacter [portail-publi@ut-capitole.fr](mailto:portail-publi@ut-capitole.fr)

# ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ ET LIBERTÉS ÉCONOMIQUES

## Note sous :

- *Cons. const., 19 décembre 2013, n° 2013-682 DC, Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014, AJDA 2014. 649, tribune B. Delaunay*
- *Cons. const., 23 janvier 2014, n° 2013-686 DC, Loi relative aux modalités de mise en oeuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé*
- *Cons. const., 31 janvier 2014, n° 2013-364 QPC, Coopérative GIPHAR-SOGIPHAR et autre [Publicité en faveur des officines de pharmacie]*

## *Résumé*

*Le Conseil constitutionnel a été amené, à l'occasion de trois saisines différentes, à concilier les objectifs de la santé publique, notamment l'accès aux soins, avec les libertés économiques des prestataires de service de la santé. Si le législateur peut imposer davantage de solidarité et essayer de faire baisser les coûts, il trouve une limite dans la liberté d'entreprendre.*

## *Summary*

*The Constitutional Council was brought, on the occasion of three different court referrals, to reconcile the objectives of the public health, in particular the access to healthcare, with the economic liberties of the service providers of the health. If the Law can impose more solidarity and try to lower the costs, it finds a limit in the freedom to undertake.*

Signe des temps, le Conseil constitutionnel a été confronté à plusieurs reprises, sur des terrains certes différents, à la question de l'organisation des professions de santé et de leur

financement, dans la double perspective de leur liberté d'entreprendre et de l'impact que cela peut avoir sur l'accès aux soins. Plus précisément, le juge constitutionnel a eu à vérifier l'implication de la loi dans la conciliation d'impératifs contradictoires. Il en ressort que les impératifs de santé permettent de limiter les velléités de développement économique des branches commerciales autant qu'ils ne peuvent prendre le dessus sur les libertés économiques.

Toujours livré à l'ambiguïté qui frappe l'approche constitutionnelle de la santé (1), le Conseil considère, par exemple, que l'accès aux services des officines de pharmacie constitue un objectif de santé publique, sans en faire un élément d'un droit subjectif d'accès aux soins. La plupart des quatre-vingt États qui ont constitutionnalisé la santé ne mettent d'ailleurs pas en avant cet aspect. Une quinzaine de constitutions formulent un droit subjectif à la santé et un droit individuel d'accès aux soins. Les autres se partagent entre une formulation très objective où l'État s'engage, sans effet direct, à protéger la santé de ses sujets (2) et une formulation subjective reconnaissant un droit à la santé mais s'en remettant le plus souvent à la loi pour en forger les instruments (la plupart en fait). Même dans ce cas d'effet direct du droit à la santé, les textes constitutionnels le combinent avec l'institution objective du système de santé et de l'assurance maladie. L'accessibilité, notamment financière, des professionnels de santé nourrit le droit à l'accès aux soins. Là réside une dimension subjective dans les conditions objectives d'accès aux pharmacies et aux médecins.

Si le Conseil constitutionnel a conforté la valeur constitutionnelle de la protection de la santé (3), les formules retenues conservent une tournure objective qui prend la forme d'un objectif à valeur constitutionnelle dont la fonction demeure, pour l'essentiel, de permettre des limitations à d'autres droits et libertés plutôt que de fournir des prérogatives individuelles nouvelles. Lorsque la loi de 2009 relative à la réforme de l'hôpital a entendu redéfinir les missions des centres hospitaliers et plus généralement des établissements de santé, le Conseil constitutionnel a pu formuler une réserve d'interprétation faisant porter le poids de la réalisation de cet exercice continu des missions de service public par l'Agence régionale de santé qui doit se charger de la coordination de l'ensemble (4). Le Conseil limite sa mission à la vérification de ce que l'exigence de protection de la santé n'est pas privée de garanties légales. Depuis sa première mobilisation comme exigence constitutionnelle (5), ici comme ailleurs, il n'a nullement exigé le maintien d'un dispositif en particulier mais seulement, globalement, l'obligation de suivre la direction de la santé : ne pas nuire, permettre

d'accéder à des soins à un coût supportable.

La liberté d'entreprendre s'oppose à l'institution de contraintes législatives trop fortes sur les professions de santé, les entrepreneurs, les employeurs. Cet équilibre se prolonge par celui qui concerne le financement même des professionnels de santé ; l'accès aux soins restant un objectif essentiel.

### ***La restriction de la liberté d'entreprendre par des objectifs de santé publique***

Les trois décisions ici examinées abordent la question de l'ingérence de la loi dans la liberté d'entreprendre des acteurs de santé au nom de la solidarité dans le financement des soins (publicité en faveur des officines de pharmacie, complémentaires santé à la charge des employeurs, réseaux de soins).

**Cons. const., 31 janvier 2014, n° 2013-364 QPC, *Coopérative GIPHAR-SOGIPHAR et autre* :** dans sa décision *Coopérative GIPHAR-SOGIPHAR et autre* le Conseil a examiné la constitutionnalité des dispositions délégrant au pouvoir réglementaire le soin d'encadrer le recours à la publicité pour les officines de pharmacie.

Le requérant, le Mouvement national des pharmaciens GIPHAR, est une association dont les membres sont également adhérents de la société SOGIPHAR dont l'objet social est de faciliter l'activité économique de ses membres et de commercialiser les marques GIP et GIPHAR. Lors d'une campagne publicitaire, le Conseil national de l'ordre des pharmaciens (CNOP) a attaqué la société sur le fondement des règles du code de la santé publique interdisant la publicité aux groupements et réseaux de pharmacies. Le TGI a interdit la mise en oeuvre de la campagne, confirmé en appel. En cassation, les requérants ont déposé une QPC. Pour les requérants, la loi serait en deçà de son rôle de protection de la liberté d'entreprendre et de la liberté du commerce. Le Conseil admet une ingérence que la loi n'a pas négligée mais estime pour le surplus que les

autres normes invoquées ne sont pas méconnues (la liberté de communication et l'égalité).

Le Conseil confronte d'abord la nécessité de concilier ces éléments avant de mesurer la place que doit tenir la loi dans ce mécanisme.

Sur le premier point, le Conseil énumère les éléments qui font de la pharmacie une profession fortement contrainte (incompatibilité avec l'exercice d'autres professions, régime d'autorisation de la création, encadrement du transfert ou des regroupements d'officines, obligation de propriété de l'officine, etc.). Dans cette « ambiance réglementée », il ne lui paraît pas du tout illogique ou excessif que la publicité soit elle-même réduite à peu de choses ; notamment au regard de l'interdiction complète qui pèse sur les médecins. Cette ingérence dans la liberté d'expression se trouve être proportionnée. Ce type de standard n'est d'ailleurs pas étranger à ce que ferait la Cour européenne (6), ni même le Conseil d'État qui juge que la loi « n'a pas pour objet de poser un principe général d'autorisation de la publicité en faveur des officines de pharmacie qui ne serait assorti d'aucune restriction » (7).

La confrontation entre santé et publicité avait jusque-là été abordée dans le sens d'une restriction de la publicité pour les produits dangereux pour la santé et non pour la publicité en faveur des prestataires de santé. Il avait déjà été admis une telle confrontation à propos de la protection de l'environnement qui peut justifier autant une limitation de la publicité que de la liberté d'entreprendre (8). Ainsi, la décision du Conseil constitutionnel du 8 janvier 1991 concernant la loi de lutte contre le tabagisme et l'alcoolisme justifiait les restrictions apportées par le législateur en raison de l'objectif de la protection de la santé des jeunes 📖(9).

Sur le second point, on sait que la QPC ne peut être fondée sur l'incompétence négative que dans le cas où l'insuffisance de la loi affecte par elle-même un droit ou une liberté que la Constitution garantit (10). La liberté d'entreprendre peut ainsi avoir besoin de la protection de la loi (11). Ici, le Conseil serait susceptible d'alimenter l'existence d'une réserve de loi en matière de santé publique (12). Celle-ci, issue de l'article 34 de la Constitution ainsi que du onzième alinéa du Préambule de 1946, permet de censurer les dispositions contestées dès lors que le législateur n'assortit pas, par exemple, de garanties suffisantes les conditions de l'hospitalisation sans consentement. Pour autant,

on ne trouvera pas encore de décision sanctionnant une incompétence négative sur le fondement du onzième alinéa.

**Cons. const., 19 décembre 2013, n° 2013-682 DC, *Loi de financement de la sécurité sociale pour 2014*** : le Conseil a aussi estimé que la loi a suffisamment organisé la nouvelle possibilité qu'elle ouvre d'expérimentations de nouveaux modes d'organisation des soins, pour une durée n'excédant pas quatre ans, dans le cadre de projets pilotes visant à optimiser les parcours de soins des patients souffrant de pathologies chroniques (consid. 61).

La décision du Conseil relative à la loi de financement de la sécurité sociale revient également sur cette question de la liberté d'entreprendre au regard des initiatives de la loi en faveur d'une prise en charge de la protection santé complémentaire par les entreprises. Était à nouveau en cause les « clauses de recommandation » insérées dans les accords professionnels ou interprofessionnels, c'est-à-dire des dispositifs organisant la couverture complémentaire des risques santé, maternité et accident des travailleurs salariés, en recommandant un ou plusieurs organismes assureurs. En contrepartie, un avantage fiscal incite les entreprises à s'assurer auprès de l'organisme ou de l'un des organismes recommandés. Les entreprises ne retenant pas l'organisme recommandé sont soumises à un taux de forfait social plus élevé. Le 13 juin 2013, le Conseil constitutionnel avait déjà censuré l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale qui permettait aux accords de désigner l'organisme chargé de la protection complémentaire pour toute la branche, en jugeant que cette désignation portait atteinte à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre (13). Il en va de même de l'obligation de conclure avec un organisme recommandé alors qu'un autre accord est en cour.

Le législateur a repris sa rédaction de manière à ne pas imposer ce type d'obligation en limitant la possibilité pour les partenaires sociaux de recommander un ou plusieurs organismes d'assurance aux seuls accords instituant des garanties collectives présentant un « degré élevé de solidarité ». Les limitations apportées à la liberté de l'entreprise doivent se concilier avec « l'accès de toutes les entreprises d'une même branche à une protection complémentaire et assurer un régime de mutualisation des risques par le renvoi aux accords professionnels et interprofessionnels de la faculté d'organiser la couverture de ces risques en recommandant un ou plusieurs organismes de

prévoyance ; qu'il a ainsi poursuivi un but d'intérêt général » (consid. 49).

En l'absence de clause de désignation, le Conseil a jugé « qu'en l'espèce, les dispositions de l'article 14 ne portent pas, en elles-mêmes, atteinte à la liberté d'entreprendre et à la liberté contractuelle » (consid. 44).

Néanmoins, le Conseil a censuré les dispositions relatives à la modulation du taux de forfait social : si le principe d'une incitation fiscale n'est pas remis en question, l'augmentation du taux de forfait social pour les entreprises qui ne suivraient pas la recommandation de la branche entraîne une « rupture caractérisée de l'égalité devant les charges publiques » car l'écart de taux doit être très limité, tant au regard de l'objectif d'intérêt général que des conséquences des règles retenues pour les entreprises intéressées. Le Conseil veille aussi à la transparence du choix des prestataires recommandés. La contrainte ne doit pas excéder les principes de l'économie libérale.

Le Conseil fait ainsi montre d'attention aux charges que le législateur tente d'imposer aux entreprises au bénéfice de la santé des salariés. Le même type d'équilibre avait été réalisé en refusant d'imposer le droit de participation et de représentation des salariés à des entreprises en dessous du seuil prévu par la loi jusqu'ici, alors même que la CJUE l'y invitait (14).

**Cons. const., 23 janvier 2014, n° 2013-686 DC, *Loi relative aux modalités de mise en oeuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé*** : On retrouve, dans la décision n° 2013-686 DC, la question des limites apportées à la liberté d'entreprendre, rattachée à l'article 4 de la Déclaration des droits. La mise à l'écart des réseaux de soin de certains opticiens n'entame pas, selon le Conseil, leur liberté d'entreprendre, même si la loi entend créer quelques privilèges. On sait que cette liberté n'est pas des plus protégées, notamment lorsque l'alinéa 10 du Préambule de 1946 protège la famille et que cela justifie la protection législative du repos dominical (15) ou la limitation des jeux en ligne, elle aussi liée à la santé publique(16).

## *Le financement des professions de santé*

Pour le Conseil l'ensemble de la politique d'encadrement des tarifs des établissements de santé se trouve guidé par l'objectif de santé publique. Cela vaut pour les régimes d'homologation (17) et de conventionnement (18). Ainsi, en déterminant le contenu, tant obligatoire que facultatif, de l'annexe à la convention nationale définissant les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales, le législateur n'est nullement resté en deçà de sa compétence. Il en va de même de la taxation de certains produits en vue de dissuader les consommateurs. Il encourage la loi à lutter contre le développement du secteur non conventionné, quitte à mordre sur la liberté d'entreprendre (19).

**Cons. const., 23 janvier 2014, n° 2013-686 DC :** la loi relative aux modalités de mise en oeuvre des conventions conclues entre les organismes d'assurance maladie complémentaire et les professionnels, établissements et services de santé est issue d'une proposition de loi déposée à l'Assemblée nationale (après une première tentative censurée par le Conseil constitutionnel, au motif que le texte constituait un cavalier législatif (20)) qui se donne pour objectif « de permettre aux mutuelles de jouer pleinement leur rôle de régulateur du secteur en leur donnant la possibilité d'être des acteurs de la négociation entre l'offre et la demande de soins ». L'article unique de la loi complète le code de la mutualité et vise à autoriser les mutuelles à pratiquer des modulations des prestations servies à leurs adhérents si ces derniers recourent à un professionnel, un service ou un établissement de santé membre d'un de leurs réseaux de soins. Les opticiens et les chirurgiens-dentistes représentent aujourd'hui la majorité des professionnels conventionnés dans des réseaux de soins. Sont aussi concernés les audioprothésistes, et, dans une moindre mesure, certains établissements hospitaliers.

La loi vise donc à acter la possibilité pour les mutuelles d'instaurer des différences dans le niveau des prestations lorsque l'assuré choisit de recourir à un professionnel de santé, un établissement de santé ou un service de santé membre d'un réseau de soins ou avec lequel les mutuelles ont conclu un contrat comportant des obligations en matière d'offre de soins. Selon l'exposé des motifs : « Il s'agit pour cela de modifier l'article L. 112-1 du code de la mutualité qui, aujourd'hui, ne permet

pas aux mutuelles de pratiquer des remboursements différenciés dans les cas évoqués ci-dessus, alors que les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance le peuvent. L'objectif visé est double. D'une part, il s'agit de favoriser une régulation des coûts de santé en vue de maîtriser les restes à charge pour les ménages et le montant des cotisations des complémentaires santé, évitant ainsi des démutualisations. D'autre part, ce dispositif a pour objectif d'améliorer la qualité de l'offre à travers les engagements pris par les professionnels de santé au sein des réseaux ainsi constitués ». Il est en effet notable que, dans les secteurs (optique, dentaire, audioprothèses) où les complémentaires interviennent majoritairement, les réseaux permettent des baisses de prix importantes. La Haute autorité de la Concurrence l'avait approuvé tout en s'inquiétant de la segmentation du marché et la mauvaise répartition subséquente des risques (21).

Cela peut conduire le juge à censurer des détournements de finalité au nom de l'égalité devant les charges publiques. Il le fait dans le domaine de la tarification pour aligner les frais sur les objectifs de la maîtrise des dépenses de santé (22) ; mais aussi lorsque le législateur décide de réserver aux médecins conventionnés le droit de vote aux élections d'instances représentatives de santé (23). Les mêmes logiques sont à l'oeuvre lorsque la loi impose un conventionnement différent entre généralistes et spécialistes en vue de contourner les oppositions de ces derniers au nom de la garantie de l'accès aux soins pour tous (24). Plus encore, les conditions de remboursement des soins peuvent être différentes selon que le choix des malades se porte sur un établissement faisant partie du service public hospitalier, sur un établissement privé conventionné ou sur un établissement non conventionné car les différences de traitement qui en résultent sont liées à la différence des situations des établissements concernés et sont en rapport avec l'objectif d'accès aux soins tout en développant une politique de maîtrise des dépenses de santé » (25).

La solidarité qui se concrétise par la création de régimes de sécurité sociale, justifie l'intervention publique : « qu'il y a lieu de ranger au nombre des principes fondamentaux de la sécurité sociale, et qui comme tels relèvent du domaine de la loi, l'existence même d'un régime spécial de sécurité sociale ; qu'il en va de même de la détermination des prestations et des catégories de bénéficiaires ainsi que de la définition de la nature des conditions exigées pour l'attribution des prestations » (26).

Ce souci d'éviter les déserts médicaux pourrait d'ailleurs être étendu à la profession médicale elle-même. Le débat concernant l'absence de toute contrainte à l'établissement à l'égard des médecins soulève la question de l'égalité entre catégories professionnelles, en l'occurrence libérales. Si le principe d'égalité s'applique, qu'est-ce qui justifie les contraintes pesant sur les officines de pharmacie par rapport aux médecins ? C'est à cette question que la décision du 23 janvier 2014 apporte un début de réponse.

### *Le droit à l'accès aux soins et l'égalité des professionnels de santé*

Il s'agit donc aussi d'encadrer les relations financières entre médecins et mutuelles et de guider les choix des patients quant aux professionnels de santé. L'intérêt général qui s'attache à l'opération se heurte donc à la liberté de choix du patient, perçu en France comme élément de la liberté d'accès aux soins. La loi opère ainsi une ingérence même si l'article 2 indique que « ces conventions ne peuvent comprendre aucune stipulation portant atteinte au droit fondamental de chaque patient au libre choix du professionnel, de l'établissement ou du service de santé et aux principes d'égalité et de proximité dans l'accès aux soins ».

À travers la dimension d'accessibilité des professions de santé, le Conseil montre son attachement aussi au choix que le patient doit conserver quant à son parcours de soin. Certes il n'a pas saisi l'occasion de consacrer explicitement la valeur constitutionnelle ou non du libre choix du médecin sur lequel il ne s'est d'ailleurs jamais prononcé quoiqu'il l'ait mentionné comme élément législatif (27).

Le Conseil s'assure d'abord de ce que la loi dresse un certain nombre de garanties pour l'accès aux soins (adhésion au réseau de soins selon des critères objectifs, absence de clause d'exclusivité, absence de clause d'exclusion à l'exception des opticiens) et surtout que « le niveau de la prise en charge des actes et prestations médicaux ne peut être modulé en fonction du choix de l'assuré de recourir ou non à un médecin ayant conclu une convention ». L'accès aux soins doit se faire dans

le respect de l'égalité. La Cour de cassation, dans un arrêt du 18 mars 2010, a ainsi considéré que la mise en place de réseaux de soins est illégale lorsque les membres sont plus ou moins bien remboursés selon qu'ils acceptent ou non de se rendre auprès d'un praticien ayant accepté la convention de la mutuelle. La Cour de justice de l'Union a elle aussi apprécié qu'une telle préconisation est de nature à favoriser la concurrence (28).

Si le texte a pour ambition d'établir une égalité entre les organismes de protection complémentaire, l'égalité entre les professions de santé y pose problème dans la mesure où la loi prévoit de limiter l'insertion des opticiens dans le réseau. Le Conseil écarte cet argument au motif qu'aucune exigence constitutionnelle n'impose un traitement identique pour leur insertion dans les réseaux. La formulation retenue pourrait étonner : « aucune exigence constitutionnelle n'impose que les différentes catégories de professionnels du secteur de la santé soient soumises à des règles identiques pour l'adhésion aux conventions conclues avec les organismes de protection sociale complémentaire ». Est-ce à dire que le principe d'égalité ne s'applique pas ? Ou cela signifie-t-il que la différence instituée par la loi au détriment des opticiens apparaît objective et conforme à l'objectif de la loi ? L'absence d'examen des conditions de l'égalité laisse entendre qu'elle ne s'applique pas aux « catégories professionnelles ». Sans doute le principe d'égalité doit-il s'appliquer, qu'il s'agisse d'une « catégorie de professionnels » ou bien de chaque professionnel lui-même. Le Conseil aurait ainsi pu examiner la pertinence de l'isolement des opticiens, lesquels sont souvent traités comme les professions dentaires et aux audio-prothésistes, elles aussi couteuses. La question porte essentiellement sur d'éventuelles différences objectives entre les professions. À ce titre les opticiens se trouvent particulièrement affectés en ce que la part de la sécurité sociale y est faible et les tarifs potentiellement très élevés, la part de la mutuelle donc importante. Exempte de discrimination, la différence de traitement ne rencontre, aux yeux du Conseil, pas d'obstacle. Il en serait de même à l'intérieur de la profession, même si il s'agit sans doute d'un avantage car les patients seront orientés vers certains professionnels et non vers d'autres.

Selon une précédente jurisprudence, le principe d'égalité n'interdit pas au législateur de tenir compte de la nature particulière de l'activité des diverses catégories de travailleurs indépendants pour édicter les règles fiscales qui leur sont applicables. Ainsi peuvent différer selon les catégories professionnelles les règles relatives au forfait ou au régime fiscal des plus-values professionnelles

(29), encore faut-il justifier toute différenciation en fonction de situations différentes au regard de la loi. En ce sens, la formulation du Conseil paraît bien elliptique.

---

(1) *Constitutions et santé*, RDSS 2013, hors série.

(2) V., X. Bioy, «Le droit d'accès aux soins : droit fondamental ? », in *L'accès aux soins*, sous la direction d'I. Poirot-Mazères, LGDJ-PUSST, 2011, p. 45 ; B. Feuillet, « L'accès aux soins, entre promesse et réalité », RDSS 2008. 713 ; S. Karagiannis, « Le droit à la santé dans certains textes internationaux et constitutionnels : entre généreuse utopie et mesquin pragmatisme », *Journal du droit international (Clunet)*, 2012, 2012-4, pp. 1137-1212.

(3) Cons. const., 15 janv. 1975, n° 74-54 DC ; Cons. const., 22 juill. 1980, n° 80-117 DC ; Cons. const., 22 janv. 1990, n° 89-269 DC, AJDA 1990. 471, note F. Benoît-Rohmer ; Dr. soc. 1990. 352, note X. Prétot ; *ibid.* 1991. 332, étude D. Tabuteau ; RFDA 1990. 406, note B. Genevois ; RDSS 1990. 360, obs. P. Ligneau ; *ibid.* 362, obs. P. Ligneau ; *ibid.* 422, obs. P. Chenillet et F. Kessler ; *ibid.* 423, obs. P. Chenillet et F. Kessler ; *ibid.* 437, note X. Prétot ; *ibid.* 637, note L. Dubouis ; *ibid.* 778, obs. M. J. Levy ; Rev. crit. DIP 1990. 497, note M. Simon-Depitre.

(4) Cons. const., 16 juill. 2009, n° 2009-584 DC, *Loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires*, AJDA 2009. 1399 ; D. 2010. 1508, obs. V. Bernaud et L. Gay ; RFDA 2009. 1269, chron. T. Rambaud et A. Roblot-Troizier ; *Constitutions* 2010. 131, obs. X. Bioy.

(5) Cons. const., 22 juill. 1980, n° 80-117 DC, préc., consid. 4, Rec. Cons. const. p. 42.

(6) CEDH 20 nov. 1989, *Markt Intern Verlag* ou CEDH, gde ch., 13 juill. 2012, *Mouvement Raëlien c. Suisse*, n° 16354/06, AJDA 2013. 165, chron. L. Burgorgue-Larsen ; RFDA 2013. 576, chron. H. Labayle, F. Sudre, X. Dupré de Boulois et L. Milano.

(7) CE 12 juin 1998, *Association des groupements de pharmaciens d'officine et autres*, n° 181718, Lebon ; RDSS 1998. 790, concl. C. Maugué ; *ibid.* 1999. 84, obs. A. Laude. La CJUE estime quant à elle que la liberté d'établissement de l'art. 16 CDFUE n'interdit pas un régime d'autorisation, à condition d'une absence de discrimination et d'une certaine souplesse (13 févr. 2014, *Suzanne Sokoll-Seebache*, aff. c-367/12).

(8) Cons. const., 23 nov. 2012, n° 2012-282 QPC, *Association France Nature Environnement et autre*, AJDA 2012. 2246 ; D. 2012. 2743 ; *ibid.* 2014. 104, obs. F. G. Trébulle.

(9) Cons. const., 8 janv. 1991, n° 90-283 DC, AJDA 1991. 382, note P. Wachsmann ; Dr. soc. 1991. 332, étude D. Tabuteau ; RDSS 1991. 204, étude J.-S. Cayla.

(10) Cons. const., 18 juin 2012, n° 2012-254 QPC, *Fédération de l'énergie et des mines - Force ouvrière FNEM FO* (Régimes spéciaux de sécurité sociale), consid. 3.

(11) Cons. const., 1<sup>er</sup> août 2013, n° 2013-336 QPC, *Société Natixis Asset Management* (Participation des salariés aux résultats de l'entreprise dans les entreprises publiques), consid. 19.

(12) Cons. const., 6 oct. 2011, n° 2011-174 QPC, consid. 5, AJDA 2011. 1927 ; *Constitutions* 2012. 140, obs. D. Fallon ; RTD civ. 2012. 92, obs. J. Hauser ; Cons. const., n° 2011-202 QPC, consid. 9, *Constitutions* 2012. 140, obs. D. Fallon.

(13) Cons. const., 13 juin 2013, n° 2013-672 DC, Dr. soc. 2013. 673, étude J. Barthélémy ; *ibid.* 680, étude D. Rousseau et D. Rigaud ; *Constitutions* 2013. 400, chron. A.-L. Cassard-Valembois ; RTD civ. 2013. 832, obs. H. Barbier.

(14) Cons. const., 29 avr. 2011, n° 2011-122 QPC, D. 2012. 901, obs. P. Lokiec et J. Porta ; *ibid.* 2622, obs. P. Lokiec et J. Porta ; *Constitutions* 2011. 373, obs. C. Radé et CJCE, 2<sup>e</sup> ch., 18 janv. 2007, *CGT*, aff. C-385/05, D. 2007. 776, note V. Bonnin ; *ibid.* 435, obs. E. Pahlawan-Sentilhes.

(15) Cons. const., 6 août 2009, n° 2009-588 DC, consid. 3, 8 et 13, Rec. Cons. const. p. 163, AJDA 2009. 1519 ; *ibid.* 2120, note J. Wolikow ; D. 2010. 1508, obs. V. Bernaud et L. Gay ; Dr. soc. 2009. 1081, Noet V. Bernaud ; RFDA 2009. 1269, chron. T. Rambaud et A. Roblot-Troizier.

(16) Cons. const., 12 mai 2010, n° 2010-605 DC, JO du 13 mai 2010, p. 8897, texte n° 2, consid. 25, Rec. Cons. const.

p. 78, AJDA 2010. 1048 ; D. 2010. 1321, note A. Levade ; *ibid.* 1229, chron. P. Fombeur ; *ibid.* 1234, chron. P. Cassia et E. Saulnier-Cassia ; *ibid.* 1495, chron. V. Lasserre-Kiesow et P. Le More ; RFDA 2010. 458, note P. Gaïa ; Constitutions 2010. 363, obs. A.-M. Le Pourhiet ; *ibid.* 387, obs. A. Levade ; Rev. crit. DIP 2011. 1, étude D. Simon ; RTD civ. 2010. 499, obs. P. Deumier.

(17) Cons. const., 16 janv. 1991, n° 90-287 DC, consid. 24, Rec. Cons. const. p. 24, Dr. soc. 1991. 332, étude D. Tabuteau ; RDSS 1991. 246, note X. Prétot : La modification du régime d'homologation des tarifs conventionnels des établissements privés de soins n'a pas pour effet de priver de garanties légales le principe de protection de la santé publique.

(18) Cons. const., 22 janv. 1990, n° 89-269 DC, consid. 20, Rec. Cons. const. p. 33, AJDA 1990. 471, note F. Benoît-Rohmer ; Dr. soc. 1990. 352, note X. Prétot ; *ibid.* 1991. 332, étude D. Tabuteau ; RFDA 1990. 406, note B. Genevois ; RDSS 1990. 360, obs. P. Ligneau ; *ibid.* 362, obs. P. Ligneau ; *ibid.* 422, obs. P. Chenillet et F. Kessler ; *ibid.* 423, obs. P. Chenillet et F. Kessler ; *ibid.* 437, note X. Prétot ; *ibid.* 637, note L. Dubouis ; *ibid.* 778, obs. M. J. Levy ; Rev. crit. DIP 1990. 497, note M. Simon-Depitre ; Cons. const., 29 juill. 1991, n° 91-296 DC, consid. 25 à 27, Rec. Cons. const. p. 102, AJDA 1992. 15, chron. J.-F. Flauss ; Dr. soc. 1991. 807, note X. Prétot : le tarif applicable aux frais d'analyses et d'exams de laboratoire est fixé par voie de convention sous le contrôle de l'autorité administrative.

(19) Cons. const., 25 janv. 2007, n° 2007-546 DC, *Loi ratifiant l'ordonnance n° 2005-1040 du 26 août 2005 relative à l'organisation de certaines professions de santé*, D. 2008. 2025, obs. V. Bernaud et L. Gay.

(20) Cons. const., 4 août 2011, n° 2011-640 DC, AJDA 2011. 1595 ; D. 2011. 2742, chron. S. Porchy-Simon ; Constitutions 2011. 492, obs. P. Bachschmidt.

(21) Avis n° 09-A-46 du 9 sept. 2009 relatif aux effets sur la concurrence du développement de réseaux de soins agréés.

(22) Cons. const., 21 déc. 1999, n° 99-422 DC, consid. 47, Rec. Cons. const. p. 143, AJDA 2000. 48, note J.-E. Schoettl ; D. 2000. 426, obs. D. Ribes ; RFDA 2000. 289, note B. Mathieu.

(23) Cons. const., 19 nov. 2010, n° 2010-68 QPC, , consid. 4, Rec. Cons. const. p. 330, D. 2011. 1713, obs. V. Bernaud et L. Gay ; Constitutions 2011. 107, obs. X. Bioy.

(24) Cons. const., 22 janv. 1990, n° 89-269 DC, préc., consid. 26, Rec. Cons. const. p. 33.

(25) Cons. const., 16 janv. 1991, n° 90-287 DC, préc., consid. 23, Rec. Cons. const. p. 24.

(26) Cons. const., 18 juin 2012, n° 2012-254 QPC, préc., consid. 4 à 6.

(27) Cons. const., 18 janv. 1978, n° 77-92 DC ; Cons. const., 22 janv. 1990, n° 89-296 DC : « Des dispositions relatives à l'homologation par l'autorité administrative des tarifs conventionnels des établissements d'hospitalisation privés, n'affectent pas le libre choix par le malade de son établissement de soins : le moyen invoqué sur ce point doit ainsi être en tout état de cause écarté ».

(28) Ordonnance de la Cour (6<sup>e</sup> ch.) du 21 nov. 2012, *Hervé Fontaine c. Mutuelle générale de l'éducation nationale* : « 21. De prime abord, la disposition nationale litigieuse, telle qu'interprétée par la Cour de cassation, en tant qu'elle interdit la modulation des remboursements des frais de santé en fonction de l'appartenance du prestataire de soins à un réseau, serait de nature à favoriser la concurrence plutôt qu'à la restreindre. »

(29) Cons. const., 29 déc. 1983, n° 83-164 DC.