

CONSEIL D'ETAT, SECTION D'ADMINISTRATION.

A R R E T

n° 133.198 du 28 juin 2004

A.78.286/VI-14.517

En cause : **L'UNION NATIONALE DES MUTUALITES
LIBRES,**

rue Saint-Hubert, n° 19,
1150 Bruxelles,

contre :

L'ETAT BELGE, représenté par le Ministre
des Affaires sociales et de la Santé publique.

LE CONSEIL D'ETAT, VI^e CHAMBRE,

Vu la requête introduite le 10 avril 1998 par l'Union nationale des mutualités libres qui demande l'annulation de l'arrêté royal du 22 janvier 1998 fixant la clé de répartition normative en vue de la ventilation de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs à partir de l'année 1998, publié au Moniteur belge le 12 février 1998;

Vu les mémoires en réponse et en réplique régulièrement échangés;

Vu le rapport de M^{me} CARLIER, Auditeur au Conseil d'Etat;

Vu l'ordonnance du 27 novembre 2003 ordonnant le dépôt au greffe du dossier et du rapport;

Vu la notification du rapport aux parties et les derniers mémoires;

Vu l'ordonnance du 24 mai 2004, notifiée aux parties, fixant l'affaire à l'audience du 16 juin 2004;

Entendu, en son rapport, M. LEWALLE, Conseiller d'Etat;

Entendu, en leurs observations, Me Paul FALAISE, avocat, comparaissant pour la requérante et Me Luc DEPRE, avocat, comparaissant pour la partie adverse;

Entendu, en son avis conforme, M^{me} CARLIER, Auditeur;

Vu le titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant que les faits utiles à l'examen de la demande sont les suivants :

1. La loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités organise, par ses articles 196 à 201, la responsabilité financière des organismes assureurs pour le secteur des soins de santé.

Ces dispositions instaurent une responsabilité individuelle, limitée, mais croissante dans le temps, en liant l'octroi des ressources des organismes assureurs à une comparaison entre leurs dépenses réelles et leur part dans l'objectif budgétaire fractionné.

L'article 198 de la loi précitée était, à la date de la signature de l'arrêté royal attaqué, libellé comme suit :

" Art. 198. § 1er. Il convient d'entendre par :

- boni : la part de la quotité de ressources d'un organisme assureur dépassant ses dépenses réelles pour prestations de santé;
- déficit : la part des dépenses réelles, pour prestations de santé, d'un organisme assureur dépassant sa quotité de ressources.

§ 2. Un organisme assureur qui clôture un exercice en boni, acquiert en droit, à titre de part dans les ressources du régime, un montant égal à ses dépenses, majoré d'une partie du boni.

Cette partie du boni s'élève :

- pour les années 1995 et 1996 : à 15 %;
- pour les années 1997 et 1998 : à 20 %;
- pour les années à partir de 1999 : à 25 %

Cette partie est versée dans le fonds spécial de réserve visé à l'article 199.

§ 3. Un organisme assureur qui clôture un exercice en déficit doit couvrir une partie de ce déficit en faisant appel à son fonds spécial de réserve tel que visé à l'article 199 et/ou par le biais du prélèvement d'une cotisation supplémentaire à charge des titulaires.

Cette partie s'élève :

- pour les années 1995 et 1996 : à 15 %;
- pour les années 1997 et 1998 : à 20 %;
- pour les années à partir de 1999: à 25 %.

Il acquiert en droit, à titre de part dans les ressources du régime, sa quotité de ressources majorée d'une partie du déficit.

Cette partie s'élève :

- pour les années 1995 et 1996 : à 85 %;
- pour les années 1997 et 1998 : à 80 %;
- pour les années à partir de 1999 : à 75%.

et est majorée de la partie du déficit qui, en application de l'article 197, § 4, n'est pas prise en considération pour l'application de cet article.

§ 4. Sur la proposition du Conseil général, après avis du Comité de l'assurance et sur avis du Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des unions nationales des mutualités, le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, proroger d'un an, à titre non récurrent, le calendrier visé aux §§ 2 et 3 pour chaque phase dans laquelle le niveau de responsabilité augmente."

L'article 199 de la même loi obligeait chaque organisme assureur à créer un fonds spécial de réserve destiné à couvrir la partie du déficit qui lui incombait en vertu de l'article 198, § 3.

2. L'article 196 de la même loi disposait que l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé était ventilé par organisme assureur en application de deux clés de répartition.

Une première clé de répartition était constituée de la part des dépenses réelles de chaque organisme assureur dans les dépenses annuelles totales de l'exercice concerné pour l'ensemble des organismes assureurs.

Une seconde clé de répartition "de nature normative" était fixée par le Roi sur proposition du Conseil général, après avis du Comité de l'assurance, au plus tard dans le mois précédant l'exercice visé, sur la base de paramètres élaborés avec l'aide d'experts désignés par ce conseil.

Le poids de ces deux clés était évolutif :

- pour les années 1995 et 1996, le poids de la clé de répartition constituée de la part des dépenses réelles était de 90% et celui de la clé de répartition de nature normative de 10%;

- pour les années 1997 et 1998, cette proportion passait à 80% pour la clé constituée de la part des dépenses réelles et à 20% pour la clé de répartition de nature normative;

- à partir de 1999, le poids de la clé constituée de la part des dépenses réelles était de 70% et celui de la clé de répartition de nature normative de 30%.

Au plus tôt deux ans après la mise en oeuvre de la troisième phase, le Roi pouvait, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et sur avis du Conseil général, accroître le poids de la clé de répartition de nature normative jusqu'à concurrence de 40 % maximum.

3. L'article 196, § 3, de la même loi disposait que pour les années 1995-1996, ces paramètres seraient basés sur les caractéristiques suivantes, dans la mesure où elles étaient disponibles et pertinentes : la situation sociale et professionnelle des bénéficiaires, l'âge, le sexe, la mortalité, le taux d'urbanisation, le taux de chômage, la composition du ménage, le revenu.

L'"offre médicale", dont la requérante réclamait la prise en considération, ne figurait pas parmi ces caractéristiques.

4. Un arrêté royal du 10 juin 1996 a fixé la clé de répartition de nature normative en vue de la ventilation de l'objectif budgétaire annuel de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs pour les années 1995 à 1996.

5. Selon l'article 196, § 4, de la même loi coordonnée, il appartenait au Roi, au cours de l'année précédant l'augmentation du poids de la clé de répartition de nature normative, sur la proposition du Conseil général, après avis du Comité de l'assurance et sur avis du Conseil de l'Office de contrôle des mutualités et des Unions nationales de mutualités, 1° d'affiner les paramètres existants et/ou intégrer de nouveaux paramètres dans le calcul de la clé de répartition; 2° par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres, de proroger d'un an dans chaque phase où le poids de la clé de répartition de nature normative augmentait, de manière non récurrente, le calendrier repris au § 1^{er}.

6. Confrontés à des retards importants dans la collecte des données, les experts, le Conseil général et le Comité de l'assurance n'ont pu respecter les délais fixés par la loi coordonnée. Un arrêté royal du 23 décembre 1996 est dès lors venu prolonger d'un an la première phase comme le permettait l'article 196, § 4, de la même loi.

7. En 1997, les experts ont remis un avis sur les dépenses de nature normative des organismes assureurs et ont suggéré dans une note, de compléter les paramètres de la clé de nature normative initiale en prenant en considération le facteur

de risque "incapacité primaire" et l'influence de l'"offre médicale". Le Conseil général s'est réuni le 3 novembre 1997 et a décidé, par quinze voix pour, une contre et deux abstentions, de proposer l'ajout aux paramètres existants de la variable "incapacité primaire" mais de ne pas intégrer la variable "offre médicale" dans l'ensemble des variables explicatives. Le 1^{er} décembre 1997, le Comité de l'assurance a remis un avis positif sur cette proposition.

8. Le 22 janvier 1998, l'arrêté royal fixant la clé de répartition de nature normative en vue de la ventilation de l'objectif annuel global de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs à partir de l'année 1998 a été adopté. Cet arrêté royal était conforme à la proposition émise par le Conseil général : il intégrait un nouveau paramètre dans la clé de répartition de nature normative - l'incapacité primaire - mais ne prenait pas en compte la variable "offre médicale".

Il s'agit de l'acte attaqué.

Aucune modification de la clé de nature normative telle que fixée par l'arrêté royal attaqué n'est intervenue à ce jour.

Considérant que la requérante a demandé que l'"offre médicale" soit ajoutée aux paramètres qui sont déjà retenus; que le Roi a toutefois décidé de ne pas la prendre en compte pour 1998;

Considérant que la partie adverse excipe de l'absence d'intérêt de la requérante; qu'elle affirme que, si le paramètre "offre médicale" était admis, il déterminerait une augmentation de 0,12% du budget normatif de la requérante, soit 0,12% de 20% de sa quotité budgétaire, ce qui signifierait, en chiffres réels, une augmentation de 48.500.000 francs, alors que la quotité budgétaire de celle-ci s'élève à 51.711.160.231 francs, soit un gain de 0,09273%; que, quant aux affiliés, seuls préjudiciés éventuels en cas d'exercice se clôturant en mali et d'épuisement du fonds spécial, une cotisation de 9,50 francs devrait leur être réclamée - résultat de la division de 48.000.000 de francs par 770.424 affiliés -; qu'elle soutient que les seules personnes qui pourraient être lésées par l'omission d'un paramètre tel que l'"offre médicale" sont les titulaires, ce que reconnaît la requérante, que si l'organisme assureur clôture son exercice en mali, il couvre une partie du déficit en faisant appel à son fonds spécial de réserve et /ou par le prélèvement d'une cotisation supplémentaire à charge des titulaires, que ce sont donc les membres affiliés, et non la requérante elle-même, qui seront pénalisés par rapport aux membres des autres organismes assureurs, que la requérante,

qui exerce son activité sans but de lucre, ne peut pas faire état d'une lésion, et qu'elle ne pourrait tirer aucun avantage de l'annulation de l'arrêté royal attaqué, puisqu'il en résulterait que seuls seraient applicables les paramètres de l'article 196, § 3, de la loi coordonnée précitée, sans aucune obligation pour le Roi d'affiner les paramètres existants ou d'intégrer de nouveaux paramètres;

Considérant que la requérante réplique que le préjudice qu'elle subit est très important, alors que la part de la clé de nature normative est de 20% et que la responsabilité financière des organismes assureurs est de 20%, que ce préjudice s'accroîtra encore lorsque la part normative sera portée à 40% et la responsabilité financière des organismes assureurs à 25%, que le système appliqué fonctionne en circuit fermé, ce qui signifie que la somme des corrections doit être nulle, en sorte que si la requérante y perd de façon injuste, les autres organismes assureurs y gagnent pour la plupart, que la part du budget normatif à répartir entre les organismes assureurs est pour elle de 13,74% pour les seuls critères de l'arrêté royal, de 13,69% si on ajoute l'incapacité primaire, et de 13,86% si on ajoute l'incapacité primaire et l'"offre médicale", qu'à partir du moment où le conseil général de l'I.N.A.M.I. et le Roi, par l'arrêté royal attaqué, ont décidé de tenir compte de l'incapacité de travail, la différence entre la situation retenue (AR + incapacité : 13,69 %) et la situation tenant compte de l'"offre médicale" (AR + incapacité + "offre médicale" : 13,86 %) est de 0,17 %, et non de 0,12 %, comme le prétend la partie adverse; qu'elle affirme encore que les chiffres que cite celle-ci ne sont pas étayés et ne sont valables qu'en ce qui concerne le régime général, que si la différence entre la clé retenue et la clé comprenant l'"offre médicale" pour le régime général peut être évaluée à 0,17%, elle atteint 0,27% pour le régime des indépendants, et conclut que le montant de 48.500.000 francs cité par la partie adverse est en tout état de cause largement sous-estimé; qu'elle fait valoir qu'elle a un intérêt personnel à agir, en tant que personne morale, que l'arrêté royal attaqué a pour objectif d'organiser la responsabilité financière des organismes assureurs, ce qui implique pour chacun de ceux-ci une obligation de pallier le déficit en puisant dans son fonds spécial de réserve ou en prélevant une cotisation supplémentaire auprès de ses membres, que l'obligation de percevoir des cotisations complémentaires à charge des affiliés, uniquement en raison de l'absence de prise en considération du critère de l'"offre médicale", la mettra dans une situation difficile par rapport aux autres organismes assureurs concurrents qui ne devront pas percevoir cette cotisation, et entraînera, à terme, une série de départs de ses affiliés vers les autres organismes assureurs; qu'elle affirme encore que, quoiqu'exerçant une activité sans but de lucre, elle doit se préoccuper de son équilibre financier et que, si la clé de répartition relève d'un choix

politique, il est inconcevable que les paramètres ne soient pas affinés sans bonne raison, eu égard aux études scientifiques qui ont été commandées;

Considérant que le règlement attaqué modifie le système de répartition des moyens financiers mis à la disposition des organismes assureurs et, par là, influe sur leur responsabilité financière éventuelle; que la partie adverse évalue à 48.500.000 francs le montant d'augmentation de la quotité budgétaire qui échoirait à la requérante si le paramètre tiré de l'"offre médicale" était pris en compte; que la requérante, qui est constituée en association dotée de la personnalité juridique et développe des activités sans but de lucre dans le secteur de l'économie sociale, a un intérêt certain à demander l'annulation d'un règlement qui, en la privant d'un tel montant de ressources, rend plus difficile la réalisation de son objet social; que la première exception n'est pas fondée;

Considérant que la partie adverse soulève une seconde exception tirée du défaut de capacité de la requérante; qu'elle soutient que celle-ci n'aurait aucun titre à agir au nom de ses affiliés;

Considérant que la requérante réplique qu'elle intervient en qualité de personne morale, pour défendre ses propres intérêts, et que sa capacité est dès lors établie;

Considérant qu'il ressort de l'examen de la première exception que la requérante, qui dispose d'une personnalité juridique propre, a décidé d'agir en vue de défendre les intérêts collectifs qui sont les siens dans le système de répartition des ressources de l'assurance soins de santé; que, dans ces conditions, c'est à tort que la partie adverse lui dénie la capacité d'agir;

Considérant que la requérante prend un moyen unique de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution; qu'en une première branche, elle fait valoir "que l'arrêté attaqué ne tient pas compte de la variable «offre médicale» parmi les caractéristiques prises en considération pour l'établissement de la quotité budgétaire qui préside à la détermination de la responsabilité financière des organismes assureurs, plaçant la requérante et ses assurés dans une position d'inégalité par rapport aux autres organismes assureurs", et qu'ainsi, elle est victime d'une discrimination d'autant plus préjudiciable que ses effectifs représentent 15% de la population nationale, 36% de la population bruxelloise et près de 20% de la population anversoise et liégeoise; qu'en une seconde branche, elle affirme que le principe d'égalité entre les organismes assureurs est rompu en raison de l'absence de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens et le

but visé, qu'elle se trouve dans une situation essentiellement différente des autres organismes assureurs en ce que son effectif d'affiliés est particulièrement bien représenté dans les grandes villes du pays où l'"offre médicale" est largement supérieure à la moyenne, ce qui engendre une consommation médicale plus importante, d'autant plus que les hôpitaux universitaires sont concentrés dans ces villes, que l'absence de prise en charge du critère de l'"offre médicale" entraîne pour elle de plus grosses dépenses, non tempérées dans la quotité normative qui détermine actuellement à concurrence de 20% la responsabilité financière des organismes assureurs et la déterminera à concurrence de 30% en 1999, et que cet accroissement de la quotité budgétaire qu'elle devra supporter provoquera un déficit chronique qu'elle devra compenser, d'abord en puisant dans son fonds de réserve, puis en prélevant une cotisation à charge de ses membres qui seront pénalisés par rapport à ceux des autres organismes assureurs; qu'en vue d'établir que le critère de distinction n'est pas raisonnablement justifié, la requérante fait valoir que l'arrêté royal attaqué ignore l'"offre médicale" alors que, selon les experts, celle-ci devait être prise en compte pour déterminer une clé de nature normative conforme aux objectifs poursuivis par le législateur, et que le Conseil général a recommandé, en 1994, d'avoir égard au modèle d'urbanisation; que pour démontrer l'absence de rapport de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé, la requérante affirme que l'intention du législateur est d'organiser la responsabilité financière des organismes assureurs de la manière la plus objective et pertinente possible, qu'à cette fin, l'article 196, § 3, alinéa 1^{er}, de la loi précitée dispose que les paramètres sont basés sur des caractéristiques qui doivent être pertinentes et qu'ils doivent être affinés, en application de l'article 196, § 4, 1^o, que les experts estiment que la prise en compte de la variable "offre médicale" s'impose pour établir une clé de nature normative conforme aux objectifs poursuivis par le législateur, que le Conseil général développait en 1994 des arguments en faveur de la prise en compte de ce critère, que responsabiliser les organismes assureurs sur le plan de l'"offre médicale" suppose qu'ils puissent agir sur cette offre, ce qui n'est pas le cas, que les mutualités sont actives sur un marché caractérisé par la pratique libre de la médecine, que le patient choisit librement le dispensateur de soins qui décide lui-même librement du traitement, que les organismes assureurs ne disposent d'aucun moyen susceptible d'influencer la demande ou l'offre en matière de soins de santé, en particulier l'accès aux hôpitaux universitaires, plus coûteux, et conclut que la mesure proportionnelle et raisonnable à prendre pour satisfaire un tel objectif consiste à réclamer une cotisation spéciale à tous les habitants d'une région déterminée, et non aux membres de certaines mutualités;

Considérant que, dans son mémoire en réponse et dans son dernier mémoire, la partie adverse fait valoir que la requérante ne se trouve pas dans une situation

essentiellement différente des autres organismes assureurs, que tenant compte des différences d'effectifs entre organismes assureurs et en vue de garantir une répartition équitable des quotités budgétaires, le législateur a établi une liste primaire de paramètres correcteurs contenue dans l'article 196, § 3, de la loi du 14 juillet 1994, que cette liste a été dressée à partir de modèles économétriques étudiés par des équipes universitaires, que, notamment, le paramètre de l'état social et professionnel nivelle à lui seul une grande partie des différences, que le paramètre "taux d'urbanisation" vient également tempérer les différences que présentent l'effectif de la requérante et celui des autres organismes assureurs, que 80% de l'objectif budgétaire est réparti sur la base des dépenses réelles, que les effets négatifs éventuels de l'omission de la variable "offre médicale" sont donc très atténués par la prise en considération des dépenses réelles, que l'"offre médicale" représente pour la requérante 0,12% de 20% (budget normatif), soit 48.000.000 de francs sur un budget de 51.711.160.239 francs, ce qui correspond à 0,09273 % de la quotité budgétaire de la requérante et n'est donc pas de nature à rompre l'égalité entre organismes assureurs; qu'elle affirme encore que la présence des hôpitaux universitaires dans les villes n'empêche pas qu'ils soient fréquentés par une population de province dans la mesure où ils offrent des services médicaux que l'on ne peut trouver dans les autres hôpitaux décentralisés; qu'elle fait valoir encore que lorsque le Roi a décidé de prendre un arrêté mentionnant les paramètres de l'article 196, § 3, en intégrant seulement l'incapacité, il n'a pas pu faire oeuvre discriminatoire, que la mesure est raisonnable et proportionnée, même si elle fait abstraction de l'"offre médicale", qu'elle a fait l'objet d'une évaluation commune lors de la réunion du conseil général du 3 novembre 1997, lequel a décidé par 15 voix pour, 1 voix contre et 2 abstentions, de ne pas intégrer l'"offre médicale" dans l'ensemble des variables explicatives, que d'autres organismes assureurs ont été du même avis, en ce que l'"offre médicale" ne donne aucune indication sur le besoin de soins, que selon certains experts, la prise en compte ou non de l'"offre médicale" lors de la répartition des moyens entre les organismes assureurs est un choix politique, et qu'il ne serait pas raisonnable d'intégrer l'"offre médicale" parce que les caractéristiques (données individuelles moyennes) de cette variable ne sont pas encore disponibles ni assez précises pour que son influence véritable sur la consommation médicale puisse être évaluée; qu'elle conclut que tous les acteurs intéressés doivent contribuer à la maîtrise des coûts de soins de santé, que la requérante doit y prendre sa part de responsabilité, et que la mesure prise par l'acte attaqué ne lui impose pas une charge disproportionnée et déraisonnable, puisque, pour ses affiliés, elle représente un coût supplémentaire de 9,50 francs par an et que son budget de 51 milliards est diminué de 48 millions;

Considérant que, dans son mémoire en réplique et dans son dernier mémoire, la requérante soutient que l'absence de l'"offre médicale" dans la liste primaire des paramètres correcteurs repose uniquement sur des motifs d'ordre politique, que les différences essentielles entre les organismes assureurs n'ont pas été gommées une fois pour toutes par la liste figurant à l'article 196, § 3, que le § 4 de cette disposition permet d'affiner les paramètres existants ou d'en intégrer de nouveaux dans la clé de répartition, que s'il est vrai que 80% de l'objectif budgétaire est réparti sur la base des dépenses réelles, dans lesquelles l'offre intervient pour une bonne part, la partie adverse omet de préciser que la part des dépenses réelles est amenée à diminuer dans l'avenir, la part relative aux dépenses normatives étant appelée à atteindre 40%, part dans laquelle l'"offre médicale" aura disparu si l'arrêté royal attaqué n'est pas annulé; qu'elle fait valoir encore que, ses affiliés étant majoritairement localisés dans les villes de Bruxelles, d'Anvers et de Liège, elle doit faire face à des dépenses supplémentaires parce que les hôpitaux universitaires sont situés dans ces villes et que le coût lié au prix de la journée d'entretien et aux traitements des pathologies standards est plus élevé dans les hôpitaux universitaires; que la Ville de Bruxelles, en particulier, présente une spécificité du fait que le nombre d'hôpitaux universitaires y est beaucoup plus important, de même que le nombre de médecins spécialistes, ce qui a pour conséquence que les personnes qui habitent Bruxelles recourent à un hôpital universitaire ou à un spécialiste pour une consultation courante, alors qu'elles auraient pu s'adresser à un hôpital général ou à un médecin généraliste, dont les coûts sont inférieurs; qu'elle conteste encore que la liste de paramètres primaires adoptée par le législateur instaure une égalité fondamentale entre organismes assureurs et soutient que cette liste n'a pas été rédigée par des équipes universitaires, mais sur la base d'un rapport établi par de telles équipes, lesquelles, loin de rejeter le facteur relatif à l'"offre médicale", l'ont intégré comme explicatif des dépenses, et qu'en refusant de prendre en compte l'avis des experts, la partie adverse a pris une mesure qui n'est pas raisonnablement justifiée, que le but du législateur étant d'organiser la responsabilité financière des organismes assureurs, ceux-ci devraient pouvoir agir sur cette offre, ce qui n'est pas le cas; qu'elle conteste encore que son préjudice soit réduit à une quantité négligeable, alors que la partie adverse avance unilatéralement le chiffre de 48.500.000 francs, que le préjudice, ne fera que croître à l'avenir, qu'il est profondément injuste pour elle, puisque le système appliqué ne fonctionne qu'en circuit fermé, ce qui signifie que la somme des corrections doit être nulle, en manière telle que, dès qu'un organisme assureur est pénalisé, cette pénalité profite aux autres organismes assureurs; qu'elle énonce enfin que la partie adverse commet une erreur dans la mesure où elle soutient que les chiffres qu'elle cite sont valables pour l'ensemble de l'assurance obligatoire, alors qu'ils ne le sont que pour le régime général, la différence entre la clé retenue et la clé intégrant l'"offre médicale"

pouvant être évaluée à 0,17% dans le régime général et à 0,27% dans le régime des indépendants;

Considérant, sur les deux branches réunies, que les règles constitutionnelles de l'égalité et de la non-discrimination n'excluent pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée; que les mêmes règles s'opposent, par ailleurs, à ce que soient traitées de manière identique, sans qu'apparaisse une justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure considérée, sont essentiellement différentes; que l'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée ainsi que de la nature des principes en cause; que le principe d'égalité est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé;

Considérant que, par l'arrêté attaqué, le Roi a, en exécution de l'article 196, § 4, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités, fixé la clé de répartition de nature normative, en vue de la ventilation de l'objectif budgétaire annuel global de l'assurance soins de santé entre les organismes assureurs à partir de l'année 1998; que l'"offre médicale" ne figure pas parmi les paramètres mentionnés par cet arrêté royal; qu'en tenant pour acquis que les données chiffrées communiquées par la requérante établissent que, compte tenu de la localisation de ses affiliés principalement dans les grandes villes du pays, et plus spécialement à Bruxelles, ceux-ci ont à leur disposition un grand nombre d'hôpitaux, notamment d'hôpitaux universitaires, et un nombre non moindre de médecins, tant spécialistes que généralistes, encore n'en résulterait-il pas que, par l'application de l'arrêté royal attaqué, la requérante serait victime d'une violation des articles 10 et 11 de la Constitution;

Considérant, en effet, qu'il ressortait des articles 196 à 199 de la loi du 14 juillet 1994, ainsi que des données chiffrées communiquées par les parties, que la quotité de chaque organisme assureur, dénommée quotité budgétaire, résultait de deux clés de répartition, une première, constituée de la part des dépenses réelles de chaque organisme assureur, et une seconde, de nature normative, fixée par le Roi sur proposition du Conseil général, après avis du Comité de l'assurance, au plus tard dans le mois précédant l'exercice visé, sur la base de paramètres élaborés avec l'aide d'experts désignés par ce Conseil; qu'il appartenait encore au Roi, sur proposition du même Conseil, après avis du Comité de l'assurance et sur avis du Conseil de l'Office de contrôle des mutualités

et des Unions nationales de mutualités, d'affiner les paramètres existants ou d'y intégrer de nouveaux paramètres;

Considérant qu'à l'appui de son refus d'intégrer l'"offre médicale" dans la liste de ces paramètres, la partie adverse fait valoir la faible incidence de celle-ci (0,09273% de la quotité budgétaire de la requérante), l'indétermination de son influence véritable sur la consommation médicale, la prise en considération, à titre principal, des dépenses réelles, et celle de paramètres correcteurs dont la "liste primaire", qui comprenait notamment le "taux d'urbanisation", était mentionnée par l'article 196, § 3, de la loi du 14 juillet 1994, précitée; que ces justifications ont un caractère objectif;

Considérant qu'il résulte de l'ensemble des travaux et avis préparatoires de l'arrêté royal attaqué que la question de l'intégration de l'"offre médicale" dans la clé de répartition de nature normative a fait l'objet d'avis opposés, sans jamais que ce paramètre, dans la perspective d'une intégration éventuelle, fût classé parmi les variables "C" ou les variables "R";

Considérant que la prise en compte des divers paramètres (la situation sociale et professionnelles des bénéficiaires, l'âge, le sexe, la mortalité, le taux d'urbanisation, le taux de chômage, la composition du ménage, le revenu), les uns plus ou moins favorables, les autres plus ou moins défavorables à chaque organisme assureur, tend à garantir un équilibre d'ensemble, qui, seul, est de nature à préserver chaque organisme assureur de toute discrimination;

Considérant que si, selon ce que soutient la requérante, la prise en compte de l'"offre médicale" en tant que paramètre supplémentaire dans la clef de répartition de nature normative aurait des répercussions avantageuse pour elle, il n'est pas pour autant démontré que cette prise en compte était nécessaire pour empêcher que, à son seul défaut, l'ensemble du système de fixation de la quotité budgétaire des organismes assureurs devienne discriminatoire à son égard;

Considérant, de surcroît, qu'à supposer démontré le fait que l'"offre médicale" influence les dépenses des organismes assureurs, force est de constater que cette influence était déjà, et largement, prise en compte par la première clé de répartition, constituée précisément de la part des dépenses réelles de chaque organisme assureur dans les dépenses annuelles totales de l'exercice concerné pour l'ensemble des organismes assureurs (80% pour 1998);

Considérant qu'il n'apparaît pas qu'en vue du résultat à atteindre, soit la détermination de la quotité budgétaire de chaque organisme assureur, la partie adverse aurait employé des moyens disproportionnés par rapport au but visé; que lors de l'audience du 16 juin 2004, la partie adverse a fait valoir, sans être démentie par la requérante, qu'à ce jour, ne s'était pas réalisé le risque dont celle-ci se prévalait de voir l'arrêté attaqué provoquer un déficit chronique qu'elle devrait compenser, d'abord en puisant dans son fonds de réserve, puis en prélevant une cotisation à charge de ses membres;

Considérant qu'ainsi, la requérante reste en défaut d'établir, d'une part, que l'absence de prise en compte de l'"offre médicale" a rompu à son désavantage le principe d'égalité et, d'autre part, qu'elle a violé le rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé; que, dans ces conditions, le moyen unique n'est pas fondé,

D E C I D E :

Article 1^{er}

La requête est rejetée.

Article 2.

Les dépens, liquidés à la somme de 173, 53 euros, sont mis à la charge de la requérante.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le vingt-huit juin deux mille quatre par :

MM. HANSE,	Conseiller d'Etat, Président f.f.,
LEWALLE,	Conseiller d'Etat,
NIHOUL,	Conseiller d'Etat,
HARMEL,	Greffier.

Le Greffier,

Le Président f.f.,

P. HARMEL.

Ph. HANSE.