

Texte français (titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973)

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF

VII^e CHAMBRE

A R R Ê T

n° 217.085 du 29 décembre 2011

A. 196.306/VII-38.279

En cause : L'UNION PROFESSIONNELLE DES ENTREPRISES
D'ASSURANCES ASSURALIA,
assistée et représentée par
Mes Kaat Leus et Bart Martel, avocats,
ayant leur cabinet à 1050 Bruxelles,
avenue Louise 99,
où il est fait élection de domicile

contre :

L'ÉTAT BELGE, représenté par
1. le Ministre des Finances,
assisté et représenté par
Mes Michel Kaiser et Patrick De Maeyer, avocats,
ayant leur cabinet à 1160 Bruxelles,
avenue Tedesco 7,
où il est fait élection de domicile,
2. le Ministre des Affaires sociales,
3. le Ministre de la Justice,
4. le Ministre des Entreprises

I. Objet du recours

1. Le recours, introduit le 8 avril 2010, poursuit l'annulation de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.

II. Déroulement de la procédure

2. La partie défenderesse a introduit un mémoire en réponse et la partie requérante a introduit un mémoire en réplique.

M. Frederic Eggermont, auditeur adjoint, a rédigé un rapport.

La partie défenderesse a introduit une demande de poursuite de la procédure ainsi qu'un dernier mémoire. La partie requérante a introduit un dernier mémoire.

Les parties ont été convoquées à l'audience qui s'est tenue le 1^{er} décembre 2011.

M. Eric Brewaeys, conseiller d'État, a fait rapport.

Mes Kaat Leus et Heleen Vandermeersch, avocats, qui comparaissent pour la partie requérante, et Me Anthony Poppe, avocat, *loco* Mes Michel Kaiser et Patrick De Maeyer, avocats, qui comparaît pour la partie défenderesse, ont été entendus.

M. Frederic Eggermont, auditeur adjoint, a donné un avis conforme au présent arrêt.

Il a été fait application des dispositions relatives à l'emploi des langues, énoncées au titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. Faits

3. L'article 138*bis*-4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (ci-après : la loi du 25 juin 1992) a été remplacé par l'article 6 de la loi du 17 juin 2009 modifiant, en ce qui concerne les contrats d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre et la loi du 20 juillet 2007 modifiant, en ce qui concerne les contrats privés d'assurance maladie, la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre (ci-après : la loi du 17 juin 2009) comme suit :

« § 1^{er}. Sauf accord réciproque des parties et à la demande exclusive de l'assuré principal, ainsi que dans les cas visés aux §§ 2, 3 et 4, l'assureur ne peut plus apporter de modifications aux bases techniques de la prime ni aux conditions de couverture après que le contrat d'assurance maladie ait été conclu.

La modification des bases techniques de la prime et/ou des conditions de couverture, moyennant l'accord réciproque des parties, prévue à l'alinéa 1^{er}, ne peut s'effectuer que dans l'intérêt des assurés.

§ 2. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées à la date d'échéance annuelle de la prime sur la base de l'indice des prix à la consommation.

§ 3. La prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées, à la date d'échéance annuelle de la prime et sur la base d'un ou plusieurs indices spécifiques, aux coûts des services couverts par les contrats privés

d'assurance maladie si et dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

Le Roi, sur proposition conjointe des ministres qui ont les Assurances et les Affaires sociales dans leurs attributions et après consultation du Centre fédéral d'expertise des soins de santé (ci-après « le Centre d'expertise »), détermine la méthode de construction de ces indices. À cet effet, Il :

- sélectionne un ensemble de paramètres objectifs et représentatifs;
- détermine le mode de calcul des valeurs de ces paramètres;
- détermine les poids respectifs de ces paramètres dans le ou les indices.

Cette méthode peut être évaluée par le Centre d'expertise, à la demande conjointe des ministres qui ont les Affaires sociales et les Assurances dans leurs attributions.

Sur la base de la méthode fixée par le Roi, le SPF Économie calcule et publie annuellement au Moniteur belge la valeur de l'indice ou des indices, sur la base des chiffres connus au 30 juin. La publication du résultat se fait au plus tard le 1^{er} septembre. Les modalités de collaboration entre le Centre d'expertise et le SPF Économie font l'objet d'un protocole signé entre ces deux institutions.

Le Roi peut augmenter la fréquence du calcul et de la publication de la valeur de l'indice ou des indices.

Les personnes et institutions qui disposent des renseignements nécessaires au calcul sont tenues de les communiquer au Centre d'expertise et au SPF Économie à la demande de ceux-ci.

§ 4. L'application du présent article ne porte pas préjudice à l'article 21^{octies} de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances.

§ 5. La prime, la période de carence et les conditions de couverture peuvent être adaptées de manière raisonnable et proportionnelle :

1. aux modifications intervenues dans la profession de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance soins de santé non obligatoire, l'assurance incapacité de travail, l'assurance invalidité et l'assurance soins et/ou
2. aux modifications intervenues dans le revenu de l'assuré, en ce qui concerne l'assurance incapacité de travail et l'assurance invalidité et/ou
3. lorsque celui-ci change de statut dans le système de sécurité sociale, en ce qui concerne l'assurance soins de santé et l'assurance incapacité de travail, pour autant que ces modifications aient une influence significative sur le risque et/ou le coût ou l'étendue des prestations garanties ».

4. Précédemment, cette disposition était uniquement applicable aux contrats d'assurance maladie individuels. Elle définit les conditions auxquelles l'assureur peut modifier certains éléments du contrat d'assurance maladie individuel pendant la période de son exécution. La loi modificative du 17 juin 2009 remplace en outre le mot « individuels » par les mots « non liés à l'activité professionnelle » à l'alinéa 1^{er} de l'article 138bis-2 de la loi du 25 juin 1992, si bien que les règles inscrites à l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 valent désormais tant pour les contrats d'assurance maladie individuels non liés à l'activité professionnelle que pour les contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle qui sont collectifs.

5. En application de l'article 15 de la loi modificative précitée du 17 juin 2009, la modification apportée par l'article 6 de cette même loi produisait initialement ses effets le 1^{er} juillet 2007. Dans son arrêt n° 90/2011 du 31 mai 2011, la Cour constitutionnelle annule notamment l'article 15 de la loi du 17 juin 2009 « en ce qu'il s'applique à l'article 6 de la [même] loi », si bien que l'article 6 n'est entré en vigueur que le 18 juillet 2009. Cet arrêt a été publié au Moniteur belge du 10 août 2011.

6. La Commission des assurances donne son avis le 7 janvier 2010 sur le projet d'arrêté royal qui lui est soumis.

7. Le 1^{er} février 2010, l'arrêté royal déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre est adopté.

Il s'agit de l'arrêté attaqué.

IV. Recevabilité

8.1. Dans son mémoire en réponse, la partie défenderesse soutient que la partie requérante, « une association de fait », peut uniquement agir en justice si elle respecte les statuts qu'elle s'est imposés elle-même à défaut de prescriptions légales. Dès lors que les statuts de la partie requérante prévoient que si le conseil d'administration décide d'intenter une action en justice, cette décision doit être prise à la majorité des deux tiers des suffrages et que la partie requérante ne démontre pas que cette décision a été prise à la majorité requise ni n'indique, par ailleurs, quels membres étaient présents à la réunion du conseil d'administration, la partie défenderesse estime qu'il n'est pas prouvé que la décision d'intenter une action en justice a été prise conformément aux statuts.

8.2. Dans le dernier mémoire, la partie défenderesse ajoute encore qu'il ressort précisément des pièces supplémentaires déposées en même temps que le mémoire en réplique de la partie requérante que le recours est irrecevable.

Plus particulièrement, la partie défenderesse déduit du fait que « les statuts du 15 octobre 2009 » de la partie requérante ont été publiés aux annexes du Moniteur belge du 9 avril 2010, que la modification statutaire en question n'était pas d'application le 6 avril 2010, date à laquelle la décision a été prise d'agir en justice. Selon elle, « les nominations de MM. COLLE, DHONDT et DE SMET du 24 février 2010 » n'étaient pas d'application à l'époque. La partie défenderesse critique en outre le fait que lorsque la décision d'intenter une action en justice a été prise, M. De Smet n'était pas président du conseil d'administration et qu'à l'époque Christian Defranq était président du conseil de direction. Il n'était pas présent à la réunion précitée, de sorte que la partie

défenderesse estime que cette réunion ne s'est pas déroulée valablement. En outre, les administrateurs n'auraient pas non plus été convoqués valablement pour participer à la réunion du conseil d'administration. Enfin, l'extrait du conseil d'administration du 19 avril 2010, en tant qu'il « pourrait déjà être considéré comme la confirmation d'une décision d'agir en justice », serait également tardif et ne permettrait donc pas de réparer l'irrégularité de cette décision.

Appréciation

9.1. La partie requérante est une union professionnelle au sens de la loi du 31 mars 1898 sur les unions professionnelles.

L'article 1^{er} de cette loi s'énonce comme suit :

« Les unions professionnelles jouissent de la personnification civile dans les limites et sous les conditions résultant des dispositions de la présente loi ».

L'article 10, alinéa 1^{er}, ajoute :

« L'union peut ester en justice soit en demandant, soit en défendant, pour la défense des droits individuels que ses membres tiennent de leur qualité d'associés, sans préjudice au droit de ces membres d'agir directement, de se joindre à l'action ou d'intervenir dans l'instance ».

Il en résulte que la partie requérante n'est pas une association de fait, mais une union dotée de la personnalité juridique et qu'elle peut agir en justice, y compris introduire un recours en annulation devant le Conseil d'État.

À l'époque, l'article 13 des statuts de la partie requérante s'énonçait comme suit :

« À moins d'urgence déclarée et mentionnée dans la convocation, le (conseil de direction) ne peut délibérer que si la moitié au moins de ses membres sont présents.

(...)

Lorsque le conseil de direction décide d'agir en justice pour défendre les intérêts professionnels de ses membres, la décision est prise à la majorité des deux tiers des voix ».

À la suite de la modification approuvée par l'assemblée générale le 15 octobre 2009, l'article 21 des statuts actuels dispose ce qui suit :

« À moins d'urgence déclarée et mentionnée dans la convocation, le conseil ne peut délibérer que si la moitié au moins de ses membres sont présents ou représentés. Chaque membre du conseil d'administration peut recevoir au maximum une procuration d'un autre membre.

(...)

Lorsque le conseil d'administration décide d'agir en justice pour défendre les intérêts professionnels de ses membres, la décision est prise à la majorité des deux tiers des voix ».

La décision de former le recours en annulation a été prise à l'unanimité, le 6 avril 2010. Le rapport du « conseil d'administration extraordinaire » de cette date a souligné la brièveté du délai à respecter.

La nécessité manifeste et urgente qui a conduit à invoquer l'article 21, alinéa 1^{er}, des statuts, permettant de prendre toute décision sans devoir atteindre le quorum de la moitié des administrateurs a été reconnue par le conseil d'administration qui s'est tenu le 19 avril 2010.

La partie requérante a démontré que, conformément à ses statuts, elle a décidé en sa qualité de personne morale d'introduire un recours en annulation devant le Conseil d'État. En invoquant l'urgence, un quorum de présence n'était pas requis et une majorité de deux tiers des voix des membres présents suffisait (en l'occurrence, il y a eu unanimité).

9.2. L'article 7 de la loi du 31 mars 1898 sur les unions professionnelles dispose que les actes portant changement du personnel de la direction n'ont d'effet qu'après avoir été déposés et publiés conformément à l'article 6. Cette publication vise à notifier les modifications à des tiers. La modification de la composition du conseil d'administration de la partie requérante date du 24 février 2010, à savoir la date de la décision de l'assemblée générale. La modification des statuts du 15 octobre 2009 et la modification de la composition du conseil d'administration ont été acceptées par le Ministre des Classes moyennes le 26 mars 2010 et sont ensuite parvenues à l'administration du Moniteur belge le 31 mars 2010 pour être publiées aux annexes du Moniteur belge du 9 avril 2010. La décision d'agir en justice a été prise le 6 avril 2010 et la requête a été envoyée par pli recommandé à la poste le 8 avril 2010, soit après l'approbation par le Ministre des Classes moyennes et après réception des modifications par l'administration du Moniteur belge. Dans ces circonstances, le fait que ces modifications n'avaient pas encore été publiées au Moniteur belge à la date à laquelle la décision d'intenter une action en justice a été prise ne peut être imputé à la partie requérante. Dès lors, ce fait ne peut lui être reproché. En conséquence, le recours a été formé par l'organe qui était compétent et régulièrement constitué pour agir en justice au nom de l'union professionnelle requérante.

L'exception est rejetée.

V. Examen des moyens

A. Premier moyen

Point de vue de la partie requérante

10. Les cinq premières branches du moyen, qui sont exposées et commentées en détail, sont principalement dirigées contre les articles 6 et 12 ainsi que les articles 13 et 15 de la loi du 17 juin 2009 et s'inspirent quasi littéralement de la requête en annulation introduite devant la Cour constitutionnelle.

Première branche

11.1. La première branche du moyen concerne la « violation par les articles 6, 12, 13 et 15 de la loi attaquée des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés ou non avec la liberté de commerce et d'industrie, le principe général de liberté contractuelle et l'article 1 du premier protocole additionnel à la CEDH ». La partie requérante soutient que les règles énoncées aux articles 6, 12, 13 et 15 de la loi du 17 juin 2009 ne sont pas raisonnablement justifiées, dès lors qu'elles portent atteinte de manière manifestement disproportionnée aux droits et libertés visés dans l'intitulé de la branche du moyen. Elle précise que la possibilité d'adapter la prime, la franchise et la prestation sur la base de l'indice des prix à la consommation est manifestement déraisonnable. Elle observe que le coût des biens de consommation pris en considération pour le calcul de cet indice n'est pas comparable aux dépenses concernant les prestations dans le cadre de l'assurance-maladie.

11.2. Dans son mémoire en réplique, la partie requérante ajoute par ailleurs qu'en adoptant l'arrêté attaqué, le Roi n'a pas jugé nécessaire de permettre aux entreprises d'assurances d'adapter effectivement les bases techniques de la prime et les conditions de couverture à une modification des coûts réels des prestations garanties. Quant au rôle de la Commission bancaire, financière et des assurances (ci-après : CBFA), elle soutient que cette dernière considère elle-même qu'elle n'est pas tenue de statuer sur une demande émanant d'une entreprise d'assurances, que l'adoption éventuelle d'une décision n'est soumise à aucun délai, qu'elle dispose d'un large pouvoir discrétionnaire, qu'une majoration tarifaire n'est pas la seule mesure qu'elle peut accorder à une entreprise d'assurances pour éliminer son déséquilibre tarifaire, que l'article 210octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances (ci-après : la loi du 9 juillet 1975) n'est certainement

pas un mécanisme de majoration tarifaire, mais uniquement un mécanisme de contrôle purement prudentiel et que son intervention ne se justifie qu'en dernier ressort, lorsque l'entreprise d'assurances est confrontée à des pertes lourdes et exceptionnelles. Enfin, la partie requérante estime que la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) ne met pas un terme à la différence de traitement discriminatoire et n'empêche pas que, même si la période transitoire était prolongée jusqu'au 1^{er} janvier 2012, seule l'annulation de la loi du 17 juin 2009 ou la déclaration d'inconstitutionnalité de ses dispositions serait susceptible de rétablir la légalité à son égard ainsi qu'à l'égard de ses membres.

Deuxième branche

12.1. Dans une deuxième branche, la partie requérante invoque la violation « par les articles 6 et 12 de la loi attaquée des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les articles 6, 29 et 39 de la directive 92/49 CEE du Conseil du 18 juin 1992 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie et modifiant les directives 73/239/CEE et 88/357/CEE (troisième directive «assurance non vie») ».

La partie requérante fait valoir que l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 et l'article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975 ne se concilient pas avec le « principe de la liberté tarifaire » consacré par l'article 8, § 3, de la première directive 73/239 du Conseil du 24 juillet 1973 et par les articles 29 et 39, §§ 2 et 3, de la deuxième directive 88/357 du Conseil du 22 juin 1988 portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, fixant les dispositions destinées à faciliter l'exercice effectif de la libre prestation de services et modifiant la directive 73/239/CEE. Selon elle, l'article 138bis-4, § 1^{er}, de la loi du 25 juin 1992 restreint la liberté dont jouissent les entreprises d'assurances pour adapter leurs tarifs, qui sont fixés sur le fondement des « bases techniques de la prime » et des « conditions de couverture ».

12.2. Dans son mémoire en réplique, la partie requérante ajoute que l'on ne peut pas se reporter utilement à l'arrêt de la Cour de Justice n° 252/83 du 4 décembre 1986 (Commission contre l'Allemagne) qui est antérieur à la directive n° 92/49. Par contre, elle fait référence à l'arrêt de la Cour de Justice C-59/01 du 25 février 2003 (Commission contre l'Italie) - déjà cité dans la requête - qui se fonde sur l'article 29 de la directive précitée et qui instaure une interdiction formelle de restreindre la liberté tarifaire, en prévoyant une seule exception expresse lorsque cette restriction constitue un élément d'un système général de contrôle des prix, ce qui n'est pas le cas en l'espèce, et sans que

l'article 28 de la directive puisse y porter atteinte de quelque manière que ce soit.

En ce qui concerne les contrats qui ont été conclus après la décision de la CBFA, la partie requérante observe, par référence à l'article 21^{octies}, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975, que l'entreprise d'assurances ne dispose plus d'aucune liberté tarifaire étant donné que lors de la conclusion d'un contrat, elle ne peut même pas fixer la base de la prime, mais doit appliquer le tarif imposé par la CBFA.

Subsidiairement, la partie requérante demande de poser une question préjudicielle à la Cour de Justice de l'UE.

12.3. Dans son dernier mémoire, la partie requérante approfondit l'examen de la recevabilité des questions préjudicielles à soumettre à la Cour de Justice, soulevées dans le moyen, et tente de réfuter l'interprétation selon laquelle les considérants de l'arrêt du Conseil d'État n° 209.652 du 10 décembre 2010 pourraient également être appliqués au présent litige. Elle affirme que les questions préjudicielles sont posées pour la première fois dans le mémoire en réplique et non dans le dernier mémoire. Elle estime en outre que l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 90/2011 ne peut pas être un prétexte pour refuser la demande de question préjudicielle.

Troisième branche du moyen

13.1. Dans la troisième branche du moyen, la partie requérante invoque la violation « par les articles 6 et 12 de la loi attaquée des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les articles 49 et 56 TFUE et la liberté d'établissement ainsi que la libre prestation de service qui y sont visées ».

La partie requérante fait valoir qu'à première vue, les articles 6 et 12 de la loi du 17 juin 2009 ne se concilient pas avec les prescriptions de l'article 15 de la « première directive assurance non vie » et de l'article 56 de la « directive comptes annuels des entreprises d'assurances », dès lors que s'ils obligent non pas tant les entreprises d'assurances à constituer des provisions techniques suffisantes, ils peuvent les « placer dans une situation telle qu'elles sont même tenues de maintenir inchangé un tarif qui donne (ou risque de donner) lieu à des pertes ».

13.2. Dans son mémoire en réplique, la partie requérante ajoute que la partie défenderesse n'a pas démontré réunir toutes les conditions cumulatives qui doivent être remplies pour qu'une restriction de la liberté d'établissement et de la libre prestation des services soit compatible avec les articles 49 et 56 du Traité du 25 mars 1957 sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE).

Quatrième branche du moyen

14.1. Dans la quatrième branche du moyen, la partie requérante invoque la violation « par les articles 6 et 12 de la loi attaquée des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés ou non avec l'article 15 de la première directive 73/239/CEE du Conseil du 24 juillet 1973 (...) et de l'article 56 de la directive 91/674/CEE du Conseil (...) ».

La partie requérante soutient que, de prime abord, les modifications apportées par les articles 6 et 12 de la loi du 17 juin 2009 sont incompatibles avec l'article 15 de la première directive 73/239 du Conseil du 24 juillet 1973 et l'article 56 de la directive 91/674 du Conseil du 19 décembre 1991, plus particulièrement avec l'obligation, pour une entreprise d'assurances de toujours maintenir un équilibre financier.

14.2. Dans son mémoire en réplique, la partie requérante propose de poser une question préjudicielle à la Cour de Justice.

Cinquième branche du moyen

15.1. Cette branche du moyen invoque la violation « par l'article 12 de la loi attaquée des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 1 du premier protocole additionnel à la CEDH, l'article 13 de la Constitution, les articles 6, 13 et 14 de la CEDH et le principe général de droit du droit à un recours juridictionnel effectif ».

La partie requérante affirme que l'article 21^{octies}, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975, prive l'entreprise d'assurances qui essuie des pertes du droit à un recours effectif contre les décisions de la CBFA qui ont été prises en vertu de cette disposition.

Subsidiairement, la partie requérante précise que, même si l'entreprise pouvait susciter une décision de rejet au sens de l'article 14, § 3, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, le mécanisme prévu par cette disposition ouvre une voie de recours qui n'est pas efficace, encore moins effective. Cette décision négative ne sera d'aucun secours pour l'entreprise en pertes et, de plus, elle devra encore attendre quatre mois après la mise en demeure de la CBFA avant de pouvoir former un recours devant le Conseil d'État. En outre, il est probable que la survie économique de l'entreprise sera menacée ou que cette dernière s'orientera vers la faillite avant que cette juridiction ne statue, *a fortiori* si le recours en annulation est examiné conformément aux règles de procédure du droit commun. La partie requérante précise à cet égard qu'à supposer même que la procédure accélérée prévue par l'arrêté royal du 15 mai 2003 portant

règlement de la procédure accélérée en cas de recours auprès du Conseil d'État contre certaines décisions de la Commission bancaire et financière soit applicable, l'entreprise d'assurances devrait néanmoins attendre qu'un délai de quatre mois après la mise en demeure adressée à la CBFA soit expiré avant de pouvoir former un recours en annulation contre la décision de rejet. À ce propos, elle fait référence aux termes de l'article 2 de cet arrêté royal du 15 mai 2003. Elle souligne enfin qu'un arrêt d'annulation du Conseil d'État ne permettrait pas de redresser immédiatement la situation de l'entreprise d'assurances, dès lors que cette juridiction ne pourrait pas prendre de décision en lieu et place de la CBFA ni lui intimer un ordre à défaut de compétence de pleine juridiction.

La partie requérante ajoute que, vu la protection juridique lacunaire, la disposition attaquée est non seulement discriminatoire par elle-même mais instaure également une différence de traitement non justifiée entre, d'une part, les entreprises d'assurances qui proposent des contrats d'assurance maladie et, d'autre part, toutes les autres entreprises d'assurances et les mutualités.

15.2. Dans son mémoire en réplique, la partie requérante ajoute que le texte précis de l'article 122, 13°, de la loi du 2 août 2002 relative à la surveillance du secteur financier et aux services financiers prime les travaux préparatoires et que cette disposition ne saurait être interprétée en se fondant sur les termes du projet de loi portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire qui ne pourrait faire disparaître la discrimination que dans le futur. La partie requérante rappelle également que la CBFA considère ses nouvelles compétences plutôt comme une prérogative. Si la partie défenderesse reconnaît qu'un préjudice grave difficilement réparable peut être démontré dans une procédure « d'extrême urgence » devant le Conseil d'État, elle reconnaît également, selon la partie requérante, que l'entreprise d'assurances doit donc subir des pertes lourdes et exceptionnelles.

Appréciation

16. Dans son arrêt n° 90/2011 du 31 mai 2011, la Cour constitutionnelle a jugé non fondés les cinq moyens invoqués par la partie requérante, qui sont actuellement appelés « branches du moyen ».

Les arrêts d'annulation rendus par la Cour constitutionnelle ont l'autorité absolue de la chose jugée à partir de leur publication au Moniteur belge. Les arrêts rendus par la Cour constitutionnelle portant rejet des recours en annulation sont obligatoires pour les juridictions en ce qui concerne les questions de droit tranchées par ces arrêts (article 9 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle).

Le Conseil d'État doit en principe poser une question préjudicielle à la Cour constitutionnelle, sauf si les conditions mentionnées à l'article 26, § 2, alinéa 2, de la loi spéciale sur la Cour constitutionnelle sont remplies. En l'occurrence, « la Cour constitutionnelle (...) a déjà statué sur une question ou un recours ayant un objet identique », ce qui implique que la question préjudicielle proposée par la partie requérante ne doit pas être posée. Par ailleurs, la partie requérante même déclare expressément que la question ne doit être soumise que tant que la Cour constitutionnelle n'a pas statué. Aucun moyen n'étant soulevé contre l'arrêt attaqué lui-même, il suffit de se référer à l'arrêt précité de la Cour constitutionnelle pour juger que l'arrêt attaqué n'est pas dépourvu du fondement requis en droit.

La partie requérante ne peut pas, pour la première fois, dans son mémoire en réplique, poser de question concernant l'interprétation des normes de droit européen qu'elle invoque. Afin de garantir l'égalité des armes entre les parties et pour des motifs de nature procédurale, elle doit poser une telle question au premier moment utile, à savoir dans la requête introductive d'instance. La partie requérante avait la possibilité de demander au Conseil d'État *in limine litis* de soumettre à la Cour de Justice la question préjudicielle posée dans son mémoire en réplique. Pour ce motif, la demande de question préjudicielle est irrecevable.

Les cinq branches du moyen sont non fondées.

Sixième branche du moyen

17. Dans la sixième branche du moyen, la partie requérante invoque la violation « par les articles 13 et 15 de la loi attaquée des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés ou non avec le principe de sécurité juridique et le principe de confiance ».

La partie requérante soutient que ces dispositions ne contiennent pas de mesures transitoires adéquates pour répondre aux attentes légitimes des entreprises d'assurances, *a fortiori* compte tenu de leur caractère rétroactif.

En ce qui concerne l'article 15 de la loi du 17 juin 2009, la partie requérante rappelle la critique formulée par la section de législation du Conseil d'État concernant la rétroactivité.

La partie requérante souligne que le nouvel article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992 et le nouvel article 21octies, § 2, alinéa 2, de la loi du 9 juillet 1975 ne peuvent être qualifiés de règles interprétatives. Elle observe à

cet égard que les nouvelles règles sont également applicables avec effet rétroactif aux contrats d'assurance maladie qui, auparavant, échappaient au champ d'application des articles 138*bis*-1 et suivants de la loi du 25 juin 1992. Elle note que les travaux préparatoires n'indiquent pas que l'effet rétroactif prévu à l'article 15 de la loi du 17 juin 2009 serait indispensable à la réalisation d'un objectif d'intérêt général lié au bon fonctionnement ou à la continuité du service public et elle n'aperçoit pas de quel objectif il pourrait s'agir.

En ce qui concerne l'article 13 de la loi du 17 juin 2009, la partie requérante observe que la période transitoire n'a en fait jamais existé, dès lors que cette loi n'a été publiée au Moniteur belge que le 8 juillet 2009 et n'a donc été rendue opposable aux entreprises d'assurances concernées qu'après l'expiration de cette période. Elle estime dès lors que la disposition attaquée instaure une différence de traitement entre, d'une part, l'entreprise d'assurances qui propose des contrats d'assurance maladie individuels au sens de l'article 138*bis*-2 de la loi du 25 juin 1992 et, d'autre part, l'entreprise d'assurances qui propose des contrats d'assurance maladie non liés à l'activité professionnelle au sens de l'article 138*bis*-2 de la loi du 25 juin 1992, qui sont soumis, pour la première fois, aux articles 138*bis*-1 et suivants de la même loi. Elle signale que seule l'entreprise d'assurances citée en premier a bénéficié d'une période transitoire pour adapter ses produits d'assurances, puisque cette période était déjà expirée au moment où l'entreprise citée en dernier pouvait en bénéficier.

La partie requérante déclare également que l'article 13 de la loi du 17 juin 2009 ébranle la confiance légitime des entreprises d'assurances. Elle indique que cette loi change les règles concernant la modification des bases techniques de la prime et des conditions de couverture. Elle souligne que, depuis le 1^{er} juillet 2007, date d'entrée en vigueur de la loi du 20 juillet 2007, les entreprises d'assurances ont dû adapter les contrats existants à cette loi en les transformant en contrats à vie. Elle rappelle qu'au moment de cette adaptation, ces entreprises pouvaient légitimement considérer que, conformément aux règles énoncées par l'ancien article 138*bis*-4, §§ 2 et 3, de la loi du 25 juin 1992, inséré par la loi du 20 juillet 2007, elles pourraient encore modifier les bases techniques et le montant de la prime ainsi que les conditions de couverture de ces contrats désormais conclus à vie. La partie requérante observe néanmoins que, compte tenu du nouvel article 138*bis*-4 de la loi du 25 juin 1992, l'entreprise d'assurances qui a procédé à cette adaptation pendant la période du 1^{er} juillet 2007 au 30 juin 2009 perd, avec effet rétroactif, le droit d'adapter la prime du contrat, par exemple dans la vingtième, trentième ou quarantième année du contrat, s'il s'avérait que les coûts réels des prestations médicales garanties ont durablement été modifiés par rapport à la situation qui existait au moment de la conclusion du contrat, ou que d'autres circonstances ont une incidence significative sur l'ampleur des prestations garanties. La partie

requérante soutient que lors de l'adaptation précitée, les entreprises d'assurances n'ont pas modifié la prime parce qu'elles estimaient que cette modification serait encore possible en vertu des règles insérées par la loi du 20 juillet 2007. Elle en conclut que, consécutivement au dispositif attaqué, les produits d'assurances existants, qui relevaient du champ d'application des modifications que cette loi a apportées à la loi du 25 juin 1992, ont été ou seront sous-évalués du point de vue économique parce que l'entreprise d'assurances sera redevable à vie des prestations garanties à l'assuré sans que la prime puisse encore être modifiée, même en cas de changement durable et imprévu du coût réel des prestations garanties.

Se référant à la réserve formulée à propos des branches du moyen précédentes, la partie requérante propose de poser deux questions préjudicielles à la Cour constitutionnelle.

18. Dans le mémoire en réponse, la partie défenderesse soutient que l'article 3 de la loi du 20 juillet 2007, remplacé par l'article 13 de la loi du 17 juin 2009, prévoit une période de deux ans, expirant le 1^{er} juillet 2009, pour adapter l'ensemble des contrats aux nouvelles règles de l'article 138bis-4 de la loi du 25 juin 1992. Elle estime que l'absence de régime transitoire est justifié par la circonstance que tout délai transitoire implique un manque permanent de protection du consommateur. Elle ajoute qu'il serait porté atteinte à l'intérêt général si les règles légales n'étaient pas rendues immédiatement applicables. Elle n'aperçoit pas quelles adaptations les entreprises d'assurances devraient apporter aux contrats. La partie défenderesse considère également que, compte tenu du fait qu'entre le 20 juillet 2007 et le 17 juin 2009, il n'y a pas eu de modification durable des charges que ces entreprises doivent supporter dans l'exécution des contrats d'assurances, les contrats qui ont été conclus avant le 17 juin 2009 peuvent être considérés comme rentables. Elle rappelle que le Roi a élaboré les critères qui serviront de base au calcul d'un indice qui tiendra compte des données concernant les coûts que les entreprises d'assurances supportent au cours d'une année déterminée et qui sont fournies par ces dernières. Elle en conclut que les contrats seront adaptés à toute modification durable se traduisant par une augmentation des charges des entreprises d'assurances, qui se manifestera dans les données fournies à la CBFA pour le calcul des indices qui tiennent compte d'éléments variables.

Appréciation

19. La Cour constitutionnelle a jugé le même moyen partiellement fondé. Dès lors, elle annule, dans la mesure qu'elle indique, l'article 3, § 2, alinéa 2, de la loi attaquée et l'article 15 dans la mesure où il est applicable à l'article 6 de la même loi.

Il ressort du préambule de l'arrêté attaqué qu'il trouve son fondement juridique à l'article 40^{quater}, alinéa 1^{er}, de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, inséré par l'article 113 de la loi du 16 février 2009, à l'article 138^{bis}-4, § 3, inséré par l'article 2 de la loi du 20 juillet 2007 et remplacé par l'article 6 de la loi du 17 juin 2009, à l'article 140 de la loi du 25 juin 1992, remplacé par l'article 28 de l'arrêté royal du 25 mars 2003, confirmé par l'article 3, 1^o, de la loi du 5 août 2003, et à l'article 108 de la Constitution.

L'article 3, § 2, alinéa 2, de la loi du 20 juillet 2007, inséré par l'article 13 de la loi du 17 juin 2009, et l'article 15 de la loi du 17 juin 2009, dans la mesure où il est applicable à l'article 6 de la même loi, annulés par la Cour constitutionnelle dans son arrêt n° 90/2011, ne sont pas les dispositions qui procurent un fondement juridique à l'arrêté attaqué. On ne peut dès lors soutenir que l'arrêté attaqué « est fondé sur une disposition d'une loi, d'un décret ou d'une règle visée à l'article 134 de la Constitution, qui a ensuite été annulée par la Cour constitutionnelle, ou d'un règlement pris en exécution d'une telle norme ».

Le fait que les articles précités ont été annulés par la Cour constitutionnelle ne peut conduire au constat que l'arrêté attaqué serait dépourvu du fondement requis en droit, les dispositions lui procurant un fondement juridique n'ayant pas été annulées par la Cour constitutionnelle.

La branche du moyen n'est pas fondée.

Deuxième moyen

20. La partie requérante prend un deuxième moyen de la violation « du principe d'égalité consacré par les articles 10 et 11 de la Constitution, de l'article 15 de la première directive 73/239/CEE du Conseil du 24 juillet 1973 (...), de l'article 56 de la directive 91/674/CEE du Conseil du 19 décembre 1991 (...), de la liberté de commerce et d'industrie, du principe général de liberté contractuelle, de l'obligation de motivation matérielle et du principe du raisonnable ».

En substance, le moyen implique que pour fixer l'indice médical, il n'a pas été tenu compte de la période pour laquelle l'assuré avait déjà été assuré par le passé ni des réserves qu'il avait constituées au cours de celle-ci, bien que l'étude du Centre fédéral d'expertise des soins de santé ait souligné que l'approche actuarielle, qui est retenue dans l'arrêté attaqué, ne peut être raisonnable que si le calcul de l'indice médical tient également compte de la revalorisation nécessaire des réserves que l'assuré a constituées par le passé.

La partie requérante fait valoir que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a démontré qu'une indexation de primes nivelées, sans tenir compte des réserves constituées par le passé, entraîne avec une certitude mathématique des pertes pour l'assureur.

Selon la partie requérante, l'obligation de motivation matérielle a été violée dans la mesure où aucun élément ne fait apparaître pourquoi le Roi a ignoré l'avis non ambigu du Centre fédéral d'expertise des soins de santé.

La partie requérante estime que la limitation du principe de liberté de commerce et d'industrie et du principe de liberté contractuelle résultant de l'arrêté attaqué n'est raisonnable à aucun égard, encore moins nécessaire, ce qui, par ailleurs, démontre directement la violation du principe du raisonnable.

La partie requérante déclare enfin que l'arrêté attaqué instaure une différence de traitement non justifiée entre, d'une part, les entreprises d'assurances qui proposent des contrats de maladie et, d'autre part, toutes les autres entreprises d'assurances et les mutualités, dès lors que ces dernières ne sont pas confrontées à une telle limitation radicale des droits et libertés cités dans le moyen.

21. Dans son mémoire en réponse, la partie défenderesse soutient notamment, en se référant aux première et quatrième branches du premier moyen, que la liberté de commerce et d'industrie n'est pas absolue. Elle mentionne la protection juridique contre l'intervention de la CBFA. En ce qui concerne la violation alléguée du principe d'égalité, elle fait référence aux différences entre les divers types d'assurances et aux effets de la loi du 26 avril 2010 et de l'article 4 du projet de loi devenu la loi du 2 juin 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (II).

Elle examine plus avant la prime de risque et la prime nivelée en tant que formes distinctes de primes, ainsi que la motivation de la subdivision, en fonction de la garantie couverte et de la classe d'âge, qui est opérée dans l'approche actuarielle.

La partie défenderesse signale en outre que la partie requérante conteste essentiellement l'adéquation de la motivation, pour le motif que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé n'a pas inclus la troisième variable dans l'indice médical et qu'elle n'apparaît donc pas dans l'arrêté attaqué, et souligne la limitation de la compétence du Conseil d'État à un contrôle purement marginal.

La partie défenderesse soutient également qu'une revalorisation des réserves de vieillissement entraîneraient des augmentations de prix inadmissibles et qu'il n'appartient pas à l'autorité d'accorder des facilités aux entreprises d'assurances en fixant un indice qui correspond le mieux à une certaine forme de contrats.

22. Dans son mémoire en réplique, la partie requérante approfondit la distinction entre un modèle d'assurance appliquant une prime de risque et un modèle fonctionnant avec une prime nivelée.

Elle soutient que l'indexation annuelle de la seule prime, sur la base de l'indice médical calculé conformément à l'arrêté attaqué, ne permet pas de revaloriser les réserves déjà constituées par le passé. Elle estime au demeurant que la partie indexée de la prime, qui sert de base à la constitution d'une réserve, ne pourra pas non plus être revalorisée à l'avenir en fonction de la hausse de l'indice, le dispositif attaqué permettant uniquement d'indexer la prime pour l'année considérée. Ainsi, le déficit structurel augmenterait chaque année.

23. Dans son dernier mémoire, la partie défenderesse conteste que l'avis de la Commission des assurances n'aurait pas été suivi, dès lors que cette dernière n'a pas donné d'avis définitif. Elle estime que l'avis du Centre d'expertise a en principe été suivi et qu'il n'y a été dérogé que partiellement.

Subsidiairement, la partie défenderesse demande que l'annulation soit limitée aux articles 2 et 6.

24. Dans son dernier mémoire, la partie requérante fait valoir que l'article 4 qui, selon elle, est indissolublement lié à l'article 2, doit également être annulé.

Elle affirme en outre qu'une annulation de l'arrêté attaqué serait source d'insécurité juridique « pour les entreprises d'assurances qui ont déjà appliqué l'arrêté attaqué à plusieurs reprises ». Elle fait valoir que les effets des dispositions réglementaires annulées doivent être maintenus définitivement pour le passé et demande que l'arrêté attaqué soit maintenu pour une durée limitée dans le temps. Sur ce point, elle s'en remet à la sagesse du Conseil d'État.

Appréciation

25. L'obligation de motivation matérielle, en tant que principe de bonne administration, implique que tout acte administratif doit reposer sur des motifs dont l'existence matérielle est dûment établie et qui, en droit, peuvent être pris en considération pour justifier cet acte, c'est-à-dire être raisonnablement admissibles. Cette obligation de motivation vaut également pour les actes réglementaires tels que l'arrêté royal présentement attaqué. Dans ce cas, les motifs peuvent ressortir non seulement des considérants de l'arrêté attaqué proprement dit, mais également des pièces du dossier.

Le dossier administratif fait apparaître ce qui suit :

(a) L'avis du Centre fédéral d'expertise des soins de santé du 16 décembre 2008 précise ce qui suit :

« UN PROBLÈME PARTICULIER DANS L'AJUSTEMENT DES PRIMES D'ASSURANCE

Il faut tout d'abord distinguer la couverture en primes de risque successives de la couverture en primes nivelées (...). Cette technique de prime nivelée implique cependant que, si les coûts augmentent de $x\%$ à un moment donné, il faille augmenter la prime nivelée de plus de $x\%$ à partir de ce moment car il faut aussi revaloriser la réserve pour pouvoir faire face à cette augmentation dans le futur ».

L'avis précise également :

« Autrement dit, il faut trouver une méthode supprimant l'impact de la réserve de vieillissement. Une telle méthode n'est cependant pas possible. Dès lors, il existerait plusieurs tableaux d'indices selon la méthode de tarification (primes de risque ou primes nivelées) et selon la couverture choisie.

(...)

Ensuite, une série de tableaux d'indices serait nécessaire pour couvrir le cas des primes nivelées; un tableau par couverture ».

(b) Le 7 janvier 2010, la Commission des assurances donne l'avis suivant :

« Les représentants des entreprises d'assurances insistent tout d'abord sur la nécessité de disposer d'un indice objectif et représentatif.

Cependant, ils constatent que le projet d'arrêté royal prévoit uniquement la possibilité d'indexer les primes et non celle d'indexer les 'réserves de primes' qui, pourtant, doivent également être indexées. Les

dépenses en soins de santé constituent un risque qui augmente avec l'âge de l'assuré. Les primes devraient donc augmenter en fonction de l'âge. Pour amortir cette augmentation, les entreprises d'assurances mettent toutefois à charge des primes 'nivelées'. Le principe est le suivant : au début du contrat d'assurance, l'assureur facture une prime supérieure au risque moyen lié au groupe d'âge de l'assuré, afin de pouvoir, plus tard, facturer une prime inférieure au risque moyen lié au groupe d'âge atteint à ce moment. Les surplus de prime sont rassemblés dans les 'réserves de primes'.

Ces représentants mettent en évidence que les frais médicaux dépendent de facteurs externes difficilement prévisibles lors de la conclusion du contrat. En outre, depuis l'insertion du chapitre IV dans le titre III de la loi du 25 juin 1992 (ci-après 'la LCAT'), les contrats d'assurance soins de santé sont conclus à vie. Il est donc nécessaire d'indexer les réserves de primes pendant le contrat, et ce tant pour les contrats qui seront conclus à l'avenir que pour les portefeuilles actuels d'assurances soins de santé individuelles.

De plus, la très grande majorité des contrats d'assurance soins de santé actuels ont été conclus avant que la loi du 17 juin 2009 entre en vigueur. Lors de la fixation des tarifs afférents à ces contrats, les entreprises d'assurances ont tenu compte de la possibilité légale d'adapter les primes; elles ne pouvaient savoir que cette possibilité serait limitée et que les primes et réserves de primes seraient « gelées ».

Pour les raisons précitées (préfinancement de primes futures par la constitution de réserves de primes, non-prévisibilité du coût des frais médicaux à long terme, ingérence dans les règles applicables aux portefeuilles existants), les représentants des entreprises d'assurances demandent que le projet d'arrêté royal soit adapté de manière à ce que les primes mais aussi les réserves de primes puissent être actualisées correctement. Si ce ne peut être le cas, le secteur sera confronté à un déficit croissant, qui nécessitera de prendre des mesures d'assainissement drastiques. Si l'on cause des pertes de plus en plus importantes, l'on met en jeu la protection des assurés eux-mêmes.

Les représentants des consommateurs posent des questions concrètes sur la méthode de calcul de l'indice et sur les paramètres utilisés ».

(c) Le 7 janvier 2010, le comité de direction de la CBFA communique l'avis de la Commission des assurances au Ministre des Finances et signale qu'il n'a pas d'autres observations concernant le projet d'arrêté royal.

(d) Une note du Service des assurances de la Direction générale régulation et organisation du marché, adressée au ministre le 13 janvier 2011, précise ce qui suit :

« Comme convenu, il n'a pas été tenu compte des observations formulées dans l'avis de la Commission des assurances. Monsieur le Ministre se rappellera que cet avis devait obligatoirement être demandé après que le Conseil d'État avait suggéré d'étendre le fondement légal de l'arrêté à la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances. [] La suggestion prévoyait de passer obligatoirement par la Commission des assurances. Toutefois, l'adaptation du texte à cet avis aurait nécessairement entraîné une nouvelle consultation du Conseil d'État ».

(e) En ce qui concerne le calcul, le rapport au Roi précise uniquement ce qui suit :

« L'article 6 détermine comment le SPF Économie effectuera le calcul ».

Le dossier administratif ne permet pas de déterminer pourquoi il est dérogé à l'avis du Centre fédéral d'expertise des soins de santé prescrit par la loi (auquel se rallie la Commission des assurances), alors que le dossier administratif contient des éléments incompatibles avec la constatation que deux variables (la garantie qui est couverte et la classe d'âge) sont suffisantes. On peut encore ajouter que lors de l'examen, en Commission de la Chambre, du projet devenu la loi du 17 juin 2009, le ministre a proposé de « revenir devant la commission, avant l'adoption de l'indice, pour l'informer du mécanisme d'indice retenu ». Il demande donc la confiance du Parlement et il est prêt à « soumettre le projet d'arrêté royal en la matière à la commission ». On n'en trouve toutefois aucune trace dans le dossier administratif.

Il résulte de ce qui précède que le dossier administratif ne permet pas de vérifier pourquoi, pour le calcul de l'indice médical, la partie défenderesse ne tient compte que de la garantie qui est couverte et de la classe d'âge et pas des réserves que l'assuré a constituées par le passé. La partie défenderesse ne nie pas que la grande majorité des assureurs pratiquent le système des primes nivelées. L'avis obligatoire du Centre fédéral d'expertise des soins de santé du 16 décembre 2008 (sous le titre distinct 'Un problème particulier dans l'ajustement des primes d'assurance') souligne la nécessité de tenir compte de cette troisième variable. Ni les considérants de l'arrêté ni le rapport au Roi n'apportent d'éclaircissements à ce sujet. En outre, aucun motif n'est avancé justifiant que la prise en compte d'une troisième variable donnerait lieu à un nombre ingérable d'indices, alors que le Centre fédéral d'expertise des soins de santé mentionne qu'il est possible « de construire et de mettre en œuvre de manière relativement simple un indice dont la progression plafonne l'augmentation des primes des contrats privés d'assurance maladie ».

conformément à la loi du 20 juillet 2007 tout en tenant compte de l'obligation pour les assureurs de conclure des contrats à vie ».

Dès lors, le Conseil d'État ne peut pas vérifier pourquoi cette troisième variable n'est pas ajoutée et si l'ajout ou non d'une troisième variable a fait l'objet d'une évaluation. En conséquence, l'arrêté attaqué n'est pas adéquatement motivé sur le plan matériel.

Le grief concernant le caractère prétendument déraisonnable de l'arrêté attaqué, vu l'entrée en vigueur rétroactive de la loi du 17 juin 2009, ne vise pas cet arrêté, mais bien la loi précitée. On peut dès lors se reporter à l'examen de la sixième branche du premier moyen.

Le deuxième moyen est fondé dans la mesure indiquée.

26. Dans son dernier mémoire, la partie requérante demande de maintenir pour un temps, certes limité, les effets de l'arrêté dont l'annulation est envisagée.

L'article 14^{ter} des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, s'énonce comme suit :

« Si la section du contentieux administratif l'estime nécessaire, elle indique, par voie de disposition générale, ceux des effets des dispositions d'actes réglementaires annulées qui doivent être considérés comme définitifs ou maintenus provisoirement pour le délai qu'elle détermine ».

La partie requérante motive sa demande comme suit :

« Dans l'hypothèse où elle ne serait pas modulée, une annulation (partielle) de l'arrêté attaqué entraînerait sa disparition (partielle) *ex tunc* et *erga omnes* de l'ordonnancement juridique. Bien qu'il s'agisse là, à l'évidence, de la conséquence normale de toute annulation d'un acte administratif (réglementaire), une telle situation, en l'espèce, serait toutefois néfaste pour la sécurité juridique, de sorte qu'il est nécessaire de maintenir les effets des dispositions réglementaires annulées.

En effet, l'annulation de l'arrêté attaqué serait source d'insécurité juridique, notamment pour les entreprises d'assurances qui l'ont déjà appliqué à plusieurs reprises. Le fait que les indices fixés en application de l'arrêté attaqué ne soient pas suffisamment élevés pour procéder à une indexation raisonnable et légitime de la prime d'assurance, n'a évidemment pas empêché les entreprises d'assurances d'indexer néanmoins les primes d'assurance dans les limites (restreintes) tracées par l'arrêté attaqué, sur la base des indices fixés en application de celui-ci.

Or, une annulation de l'arrêté attaqué, sans modulation des effets de cette annulation, et sauf considérations contraires dans l'arrêt du Conseil d'État annulant, par hypothèse, l'arrêté attaqué, semble impliquer que les entreprises d'assurances ne pourraient plus invoquer avec effet rétroactif la possibilité d'indexer la prime d'assurance sur la base desdits indices médicaux pour encore justifier les augmentations qu'elles ont déjà opérées dans le passé en application de l'arrêté attaqué. Il est évident qu'une telle situation est source d'insécurité juridique et serait de nature à porter manifestement préjudice aux attentes légitimes des assureurs ».

Cet exposé, qui n'est pas contredit par la partie défenderesse, est convaincant. Il y a lieu, dès lors, d'accéder à cette demande.

DÉCISION

- 1. Le Conseil d'État annule les articles 1^{er}, 2, 6, 7 et 8 de l'arrêté royal du 1^{er} février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre.**
- 2. Les effets des dispositions annulées peuvent être maintenus pour une période d'un an à dater du prononcé du présent arrêt.**
- 3. Le présent arrêt sera publié par extrait dans les mêmes formes que l'arrêté annulé.**
- 4. Les dépens du recours en annulation, liquidés à la somme de 175 euros, sont mis à la charge de la partie défenderesse.**

Le présent arrêt a été prononcé à Bruxelles à l'audience publique du vingt-neuf décembre deux mille onze, par le Conseil d'État, VIIe chambre, composée de :

MM.	Luc Hellin, Eric Brewaeys, Peter Sourbron,	président de chambre, conseiller d'État, conseiller d'État,
-----	--	---

assistés de

M.	Bart Tettelin,	greffier.
----	----------------	-----------

Le greffier

Le président

Bart Tettelin

Luc Hellin

TRADUCTION ÉTABLIE CONFORMÉMENT À L'ARTICLE 63,
ALINÉA 1^{er}, DES LOIS SUR LE CONSEIL D'ÉTAT
COORDONNÉES LE 12 JANVIER 1973.