**CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF**

**A R R Ê T**

n° 221.285 du 7 novembre 2012

A. 196.124/XV-1879

En cause : **1. l'a.s.b.l. Association Belge des Consommateurs Test-Achats,**
**2. Fasseel** Ann,
**3. Chaudron** Corinne,

ayant élu domicile chez
Me Fr. KRENC, avocat,
place Albert Leemans 6
1050 Bruxelles,

contre :

**l'État belge**, représenté par:
1. le ministre des Finances,
2. le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
3. le ministre de la Justice,
4. le ministre de l'Économie, des Consommateurs et de la Mer du Nord,

ayant élu domicile chez
Mes X. LEURQUIN et M. KAISER, avocats,
avenue Tedesco 7
1160 Bruxelles.

Partie intervenante:

**Assuralia, union professionnelle des entreprises d'assurances**,

ayant élu domicile chez
Mes K. LEUS et B. MARTEL, avocats,
avenue Louise 99
1050 Bruxelles.

---

**LE CONSEIL D'ETAT, XV^e CHAMBRE,**

Vu la requête introduite le 6 avril 2010 par l'association sans but lucratif «Association Belge des Consommateurs Test-Achats», Ann Fasseel et Corinne Chaudron, qui demandent l'annulation de l'arrêté royal du 1er février 2010 déterminant les indices spécifiques visés à l'article 138*bis*- 4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre;

Vu la requête introduite le 14 février 2012 par Assuralia, union professionnelle des entreprises d'assurances, qui demande à être reçue en qualité de partie intervenante dans la procédure;

Vu l'ordonnance du 6 mars 2012 qui accueille cette demande d'intervention;

Vu le mémoire en intervention;

Vu le dossier administratif;

Vu le mémoire en réponse au nom du ministre des Finances, et les mémoires en réplique et ampliatif, régulièrement échangés;

Vu le courrier du 9 novembre 2010 des avocats de l'État, précisant qu'ils «interv[iennent] en tant que conseils de l'État belge, représenté par les quatre ministres précités», à savoir le ministre des Finances, le ministre des Affaires sociales, le ministre de la Justice et le ministre pour l'Entreprise et la Simplification;

Vu le rapport de M. E. THIBAUT, premier auditeur au Conseil d'Etat;

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

Vu l'ordonnance du 20 septembre 2012, notifiée aux parties, fixant l'affaire à l'audience du 23 octobre 2012 à 9 heures 30;

Entendu, en son rapport, M. Ph. QUERTAINMONT, président de chambre;

Entendu, en leurs observations, Me C. d'ANETHAN *loco* Me Fr. KRENC, avocat, comparaissant pour les parties requérantes, Me S. BEN MESSAOUD *loco* Me X. LEURQUIN, avocat, comparaissant pour la partie adverse, et Mes K. LEUS et E. NICOSIA, avocats, comparaissant pour la partie intervenante;

Entendu, en son avis, M. E. THIBAUT, premier auditeur;

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

**<u>Les faits utiles</u> :**

1. L'article 138*bis*-4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, remplacé par la loi du 17 juin 2009, prévoit, à propos des contrats privés d'assurance maladie, que 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 ces contrats privés, dans la mesure où l'évolution de cet ou de ces indices dépasse celle de l'indice des prix à la consommation.

La même disposition habilite 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, à déterminer la méthode de construction de ces indices.

2. Le Centre fédéral d'expertise des soins de santé a établi en décembre 2008 un document intitulé «Construction d'un index médical pour les contrats privés d'assurance maladie».

Le 29 septembre 2009, après une réunion inter-cabinets du 22 septembre, le directeur général de la direction «régulation et organisation du marché» du SPF Économie envoie au ministre de l'Économie le texte d'un avant-projet d'arrêté royal et un rapport au Roi relatifs à la détermination des indices visés à l'article 138*bis*-4, § 3, précité, de la loi du 25 juin 1992.

3. Le 24 novembre 2009, la section de législation du Conseil d'État donne son avis sur le projet d'arrêté. Ce projet sera ensuite adapté pour tenir compte de certaines des observations formulées; aucune de ces observations ne portait sur la notion de «charges brutes des sinistres» qui figure à l'article 4 de l'arrêté et qui est contestée par les requérantes dans leur recours en annulation.

Le 7 janvier 2010, le président de la Commission bancaire, financière et des assurances transmet l'avis de la Commission des assurances et indique que le comité de direction de la Commission bancaire, financière et des assurances n'a pas de remarques à formuler.

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

Cet arrêté, qui constitue l'acte attaqué devant le Conseil d'État et qui a été publié au *Moniteur belge* du 8 février, était ainsi rédigé (les parties mentionnées en italiques ayant été annulées par le Conseil d'État, ainsi qu'il sera exposé au point 5 ci-après) :

« Vu la Constitution, l'article 108;

Vu la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, l'article 40*quater*, alinéa 1er inséré par la loi du 16 février 2009;

Vu la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, l'article 138*bis*-4, § 3, inséré par la loi du 20 juillet 2007 et remplacé par la loi du 17 juin 2009 et l'article 140, remplacé par l'arrêté royal du 25 mars 2003 confirmé par la loi du 5 août 2003;

Vu l'avis du Centre fédéral d'expertise des soins de santé du 16 décembre 2008;

Vu l'avis de la Commission des Assurances du 7 janvier 2010;

Vu l'avis de la Commission bancaire, financière et des Assurances du 7 janvier 2010;

Vu l'avis de l'Inspecteur des Finances, donné le 15 décembre 2009;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 18 décembre 2009;

Vu l'avis 47351/1 du Conseil d'État, donné le 24 novembre 2009, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 1°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition du Ministre des Finances, de la Ministre des Affaires sociales, du Ministre de la Justice et du Ministre pour l'Entreprise,

**Nous avons arrêté et arrêtons :**

***Article 1er***. *Les indices spécifiques visés à l'article 138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre sont déterminés et publiés trimestriellement par le SPF Économie.*

*L'assureur peut adapter la prime du contrat d'assurance ou, lorsque le contrat couvre plusieurs assurés, la prime relative à chacun, à concurrence maximum du pourcentage d'évolution entre les derniers indices spécifiques applicables au contrat en vigueur à la date de l'échéance annuelle, et les indices spécifiques en vigueur un an auparavant, tels que définis aux articles 6 et 7.*

*Chaque année, la période prise en considération pour l'application de l'indice spécifique doit être similaire à celle de l'année précédente.*

*Lorsqu'il est fait application de l'indice spécifique visée à l'article138bis-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, la comparaison entre l'indice des prix à la consommation et l'indice spécifique s'effectue sur la même période.*

***Art. 2.*** *§ 1er. L'assureur est tenu de rattacher chaque contrat d'assurance soins de santé autre qu'un contrat d'assurance soins de santé lié à l'activité professionnelle, à un des types de garantie ci-dessous.*

*Les garanties prises en considération sont :*

*1. la garantie "chambre particulière";*

*2. la garantie "chambre double et commune";*

*3. la garantie "soins ambulatoires";*

*4. la garantie "soins dentaires".*

*La garantie qui pèse le plus dans la fixation de la prime annuelle détermine le rattachement du contrat d'assurance à cette garantie.*

*§ 2. En outre, chaque assuré peut être affecté à une catégorie d'âge. Dans le cas contraire, l'assureur peut appliquer au contrat l'indice spécifique résultant des valeurs définies à l'article 6, § 1er, alinéa 2.*

*Les classes d'âge prises en considération sont :*

*1. de 0 à 19 ans;*

*2. de 20 à 34 ans;*

*3. de 35 à 49 ans;*

*4. de 50 à 64 ans;*

*5. plus de 65 ans.*

**Art. 3.** § 1er. L'assureur a l'obligation de mentionner sur la quittance annuelle la garantie et, le cas échéant, la classe d'âge à laquelle se rattache chaque assuré.

Il est tenu de préciser, dans le contrat et sur la quittance, la méthode d'indexation appliquée.

À défaut de ces mentions, l'application de l'indice spécifique à la prime du contrat d'assurance n'est pas autorisée.

§ 2. En cas de rattachement erroné du contrat à une garantie ou d'un assuré à une classe d'âge, l'assureur effectue les rectifications requises et, le cas échéant, rembourse au preneur d'assurance ou réclame à celui-ci la différence de prime qui résulte de ces rectifications.

Le montant remboursé par l'assureur est majoré de l'intérêt légal dans le cas où la rectification s'effectue plus d'un an après la fixation erronée de la prime. L'intérêt court à partir du moment où la prime erronée est perçue.

**Art. 4.** § 1er. L'assureur est tenu de communiquer à la Commission bancaire, financière et des Assurances, ci-après dénommée CBFA et au SPF Économie la charge brute des sinistres par type de frais (frais d'hospitalisation en chambre particulière, frais d'hospitalisation en chambre double et commune, frais ambulatoires, frais dentaires) et par classe d'âge pour les contrats d'assurance soins de santé autres que ceux liés à l'activité professionnelle.

L'assureur communique aussi le nombre d'assurés par garantie et par classe d'âge.

L'âge de l'assuré correspond à l'âge atteint au dernier jour du trimestre qui précède la communication.

Les données doivent être communiquées dans le courant des mois de mars, juin, septembre et décembre.

§ 2. Sans préjudice de l'article 2, les données visées au paragraphe 1er, alinéa 1er, doivent être communiquées sous la forme d'un tableau anonymisé et structuré conformément aux distinctions établies à l'article 2.

§ 3. Ces données sont certifiées par le réviseur agréé auprès de la CBFA. Cette certification a pour effet que l'entreprise peut procéder à l'envoi des données. Le réviseur agréé est tenu de signaler sans délai à la CBFA tout événement ou fait empêchant la certification de ces données.

Si la CBFA constate, sur la base du rapport du réviseur ou de sa propre initiative, l'absence de certification, elle en avertit le SPF Économie et intervient auprès de l'assureur afin de lui notifier les manquements. L'assureur devra, dans les plus brefs délais, renvoyer les données selon les prescriptions de la CBFA.

**Art. 5.** La CBFA vérifie si les données reçues concernent au moins trois entreprises d'assurance représentant 75 % de l'encaissement du marché belge des contrats d'assurance soins de santé autres que ceux liés à l'activité professionnelle.

La CBFA en informe le SPF Économie au plus tard le dernier jour de janvier, avril, juillet et octobre.

Lorsque la CBFA constate que les données ne sont pas certifiées conformément à l'article 4, § 3, ou établit que les conditions énumérées à l'alinéa premier du présent article ne sont pas rencontrées, elle en informe le SPF Économie. Dans ces cas, le SPF Économie prolonge pour une durée de maximum 3 mois la durée de validité du dernier tableau d'indices spécifiques connu et en fait mention au *Moniteur belge* et sur son site internet à la date visée à l'article 7.

***Art. 6.*** *§ 1er. Le SPF Économie agrège les tableaux visés à l'article 4, § 2, et établit un tableau global par garantie et par classe d'âge en tenant compte du nombre d'assurés communiqué par garantie et par classe d'âge.*

*Pour chacune des garanties prises en compte, la valeur indépendante des catégories d'âge est en outre ajoutée au tableau global.*

*§ 2. Le SPF Économie détermine trimestriellement les valeurs du tableau global, en calculant les moyennes mobiles des quatre trimestres les plus récents.*

*§ 3. La valeur des indices spécifiques correspond au pourcentage de variation constaté, pour chacune des valeurs du tableau global.*

***Art. 7.*** *Le SPF Économie publie le tableau global des indices spécifiques au Moniteur belge, au plus tard le dernier jour de février, mai, août et novembre. Tant le SPF Économie que la CBFA sont tenus de les publier sur leur site internet.*

***Art. 8.*** *Les données du premier tableau publié conformément à l'article 7 constituent le chiffre index de départ 100.*

**Art. 9.** Un rapport d'évaluation du présent arrêté sera établi au plus tard deux ans après l'entrée en vigueur de ce dernier, par les ministres qui ont les Assurances et les Affaires sociales dans leurs attributions.

**Art. 10.** Le ministre qui a les Assurances dans ses attributions, la ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions, le ministre qui a la Justice dans ses attributions et le ministre qui a l'Économie dans ses attributions sont chargés, chacun en ce qui le concerne, de l'exécution du présent arrêté.»

5. Saisi d'un recours introduit le 8 avril 2010 par l'union professionnelle des entreprises d'assurances ASSURALIA, partie intervenante dans la présente cause, la VII$^{e}$ chambre du Conseil d'État, par son arrêt n° 217.085 du 29 décembre 2011, a annulé les articles 1$^{er}$, 2, 6, 7 et 8 de l'arrêté royal précité, pour le motif essentiellement que l'acte attaqué ne motive pas matériellement, pour le calcul de l'indice médical, l'absence de prise en compte des réserves constituées dans le passé par l'assuré.

Cet arrêt d'annulation décide toutefois de maintenir les effets des dispositions annulées pour une période d'un an après le prononcé de l'arrêt.

6. La première requérante a notamment pour but «la promotion, la défense et la représentation des intérêts des consommateurs» et fait valoir, à l'appui de son recours, que l'arrêté attaqué est susceptible de s'appliquer à un nombre indéterminé de consommateurs, singulièrement ceux ayant conclu un contrat d'assurance hospitalisation ou ayant l'intention d'en conclure, et que déterminant l'indice médical applicable aux primes d'assurance hospitalisation, l'arrêté attaqué est de nature à porter préjudice à ces consommateurs.

Les deuxième et troisième requérantes sont des personnes physiques ayant souscrit un contrat d'assurance hospitalisation, respectivement auprès des compagnies «AG Insurance» et «DKV». Elles soulignent qu'en déterminant l'indice médical, l'arrêté attaqué aura notamment pour effet d'entraîner des augmentations tarifaires applicables à leur contrat;

**La recevabilité du recours :**

Considérant qu'en raison de l'annulation, par l'arrêt précité du 29 décembre 2011, des articles 1er, 2, 6, 7 et 8 de l'arrêté royal du 1er février 2010, le recours en annulation introduit par les requérantes est devenu sans objet à l'égard de ces dispositions annulées, qui ne sont plus de nature à leur faire grief; que l'intérêt des requérantes à leur recours est dès lors limité aux dispositions des articles 3 à 5 et 9 de l'arrêté attaqué, l'article 10 ne constituant que l'exécutoire de l'arrêté;

**Les moyens de droit :**

Considérant qu'à l'appui de leur recours en annulation, les requérantes soulèvent quatre moyens; qu'un premier moyen, divisé en deux branches, est pris de la violation de l'article 138*bis*-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, des principes de bonne administration, du principe de sécurité juridique, de la violation de l'article 1er du Premier protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme et de l'erreur manifeste d'appréciation, en ce que le mode de calcul de l'indice médical n'est pas clairement défini dans l'arrêté attaqué, qui fait référence à des «charges brutes» sans autre précision (première branche), et en ce que ces «charges brutes des sinistres» ne constituent pas des éléments objectifs et représentatifs au sens de l'article 138*bis*-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 (deuxième branche);

Considérant que les requérantes développent la première branche de leur moyen en dénonçant «l'absence de précision sur la charge brute des sinistres» visée à l'article 4 de l'arrêté attaqué, en sorte que «celui-ci ouvre la voie aux abus et à l'arbitraire»; qu'elles soulignent que cette exigence de précision est pourtant requise par l'article 138*bis*-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992, et d'autant plus nécessaire que plus de cinq millions de Belges ont souscrit une police d'assurance hospitalisation; que les requérantes exposent que, de manière générale, l'assuré est en position de faiblesse et de dépendance par rapport à son assureur et que, dans le domaine des assurances soins de santé en particulier, ce rapport de dépendance est encore plus marqué, l'assuré étant *de facto* lié à son assureur : une personne d'un âge avancé qui voudrait résilier son contrat d'assurance hospitalisation, en raison d'une hausse de sa prime, n'a pratiquement aucune chance de trouver sur le marché un nouvel assureur à des conditions acceptables et perd en pratique la partie de la prime mise de côté pour les vieux jours; qu'elles ajoutent que l'absence de précision dans l'arrêté attaqué au sujet de la «charge brute» des sinistres contrevient au respect dû au principe de sécurité juridique;

que dans leur mémoire en réplique, les requérantes font encore valoir que l'article 74, 2°, de la loi du 6 avril 2010 relative aux pratiques du marché et à la protection du consommateur subordonne la validité d'une clause d'indexation à l'indication explicite du mode d'adaptation du prix dans le contrat, et que tel n'est pas le cas en l'espèce en raison de l'imprécision des termes «charge brute des sinistres»;

Considérant que l'article 138*bis*-4 de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, remplacé par la loi du 17 juin 2009 et dont le paragraphe trois constitue le fondement légal de l'arrêté royal attaqué, dispose comme suit :

« § 1er. 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 1er, 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 1er 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.»;

Considérant que l'article 4 de l'arrêté royal attaqué recourt, pour l'exécution de l'habilitation, à la notion de «charge brute des sinistres» par type de frais, ces derniers divisés en quatre catégories, étant les frais d'hospitalisation en chambre particulière, les frais d'hospitalisation en chambre double et commune, les frais ambulatoires et les frais dentaires, et tout en tenant compte par ailleurs de la classe d'âge; que le Roi a ainsi donné à la notion de «charge brute des sinistres» un contenu suffisamment précis et a correctement exécuté la disposition légale de l'article 138*bis*-4 qui indique que la prime, la franchise et la prestation peuvent être adaptées aux «coûts des services couverts par les contrats privés»;

Considérant que si la critique des requérantes porte sur l'imprécision qui affecterait néanmoins le concept de «charge brute des sinistres», en réalité ce concept n'est pas susceptible de donner lieu à des interprétations divergentes, puisqu'il ressort du texte même de l'arrêté attaqué que la charge brute des sinistres comporte les quatre types de frais clairement énumérés, répartis par classe d'âge, à l'exclusion de tous autres; qu'au surplus, compte tenu que le texte concerné s'adresse aux assureurs, point n'est besoin que sa signification technique soit intelligible pour tous, dès lors qu'elle l'est pour les spécialistes du monde de l'assurance; que les requérantes restent en défaut de démontrer que le concept de «charges brutes des sinistres» serait affecté d'une imprécision d'une nature telle que l'on puisse considérer que cette norme serait illégale et qu'elle devrait entraîner l'annulation de l'article 4 de l'arrêté attaqué; qu'il s'ensuit que le moyen, en sa première branche, n'est pas fondé;

Considérant que les requérantes prennent un deuxième moyen de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, de l'article 7 de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination, de l'article 14 de la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales lu en combinaison avec l'article l$^{er}$ du Premier protocole additionnel à cette Convention, de l'article 1134 du Code civil, du principe de légitime confiance et du principe de sécurité juridique; que les requérantes font grief à l'arrêté attaqué de définir cinq classes d'âge, prises en considération pour la détermination de l'indice médical et pour l'augmentation tarifaire qui en découle, alors que les dispositions et principes

visés au moyen interdisent clairement les discriminations fondées sur l'âge et s'opposent à ce que l'assuré voie ses espérances légitimes violées par l'application de l'indice médical prévu par l'arrêté;

Considérant que cette critique des requérantes porte sur l'article 2 de l'arrêté attaqué, laquelle disposition a été annulée par l'arrêt de la VII$^{e}$ chambre n° 217.085 du 29 décembre 2011; que le moyen n'est dès lors plus recevable;

Considérant qu'un troisième moyen est pris de l'erreur manifeste d'appréciation, de l'excès de pouvoir, de la violation de l'article 138*bis*-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992, ainsi que de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, en ce que, s'agissant de l'application de l'indice médical, l'arrêté attaqué ne pratique aucune distinction entre les charges des sinistres, d'une part, et les frais administratifs, de gestion et les marges bénéficiaires des entreprises d'assurances, d'autre part;

Considérant que ce moyen reproduit largement les critiques déjà développées dans la première branche du premier moyen, laquelle a été jugée non fondée; qu'il s'ensuit que le moyen n'est pas davantage fondé;

Considérant qu'un dernier moyen est pris de «la violation des principes de bonne administration et notamment du devoir de minutie et du principe de prudence en vertu duquel toute décision administrative doit être préparée avec soin et adoptée après avoir recueilli l'avis des autorités qualifiées, et de la violation des articles 41 et 96, § 1$^{er}$, de la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances», les requérantes soutenant que la Commission des assurances n'a pu rendre un avis éclairé dans de bonnes conditions, étant donné que dans son avis du 7 janvier 2010, elle a indiqué que «le présent avis a été rendu dans des circonstances particulières; il porte sur un projet d'arrêté royal déjà adapté aux remarques du Conseil d'État; cependant, la Commission ne dispose pas du rapport au Roi adapté. De plus, eu égard notamment aux circonstances de fin d'année, la Commission n'a pas reçu le temps nécessaire pour discuter le projet d'arrêté royal lors d'une de ses réunions»; qu'elles en déduisent que le Roi n'a pas pu tenir compte, pour l'élaboration de l'acte attaqué, de l'avis de la Commission des assurances et que l'absence d'avis est d'autant plus dommageable que l'avis donné par la section de législation du Conseil d'État n'a pu porter que sur la compétence de l'auteur de l'acte, le fondement juridique et les formalités préalables, le Conseil d'État n'ayant pas pu se prononcer sur la question de la compatibilité de l'arrêté royal avec les règles communautaires, constitutionnelles et légales interdisant les discriminations fondées sur l'âge;

Considérant qu'en raison de l'annulation des articles 1er, 2, 6, 7 et 8 de l'arrêté royal du 1er février 2010 par l'arrêt du Conseil d'État n° 217.085, les dispositions qui subsistent, soit les articles 3 (obligation de l'assureur de mentionner la garantie et l'éventuelle classe d'âge de l'assuré, précision de la méthode d'indexation, sanction de l'assureur en cas de rattachement erroné), 5 (opérations de vérification par la FSMA) et 9 (rapport d'évaluation), ne causent pas grief aux requérantes, de telle sorte qu'elles ne justifient pas d'un intérêt à leur annulation; que le moyen est dès lors irrecevable;

Considérant qu'il convient de rouvrir les débats pour permettre à l'auditorat d'examiner la pertinence de la seconde branche du premier moyen,

**D É C I D E :**

**Article 1er.**

Le premier moyen, première branche, et les deuxième, troisième et quatrième moyens sont rejetés.

Les débats sont rouverts pour le surplus.

**Article 2.**

Le membre de l'auditorat désigné par M. l'auditeur général est chargé de poursuivre l'instruction.

**Article 3.**

Les dépens sont réservés.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la XV^e^ chambre, le sept novembre deux mille douze par :

| | | |
|---|---|---|
| M. | M. LEROY, | président de chambre, |
| M. | Ph. QUERTAINMONT, | président de chambre, |
| M. | I. KOVALOVSZKY, | conseiller d'Etat, |
| M. | R. GHODS, | greffier assumé. |

Le Greffier assumé, Le Président,

R. GHODS M. LEROY