

CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF

A R R Ê T

n° 222.601 du 22 février 2013

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
Me M. KAISER, avocat,
boulevard Louis Schmidt 56
1040 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 1^{er} 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 l'arrêt n° 221.285 du 7 novembre 2012 rejetant le premier moyen, première branche, et les deuxième, troisième et quatrième moyens, rouvrant les débats pour le surplus et chargeant le membre de l'auditorat désigné par M. l'auditeur général de poursuivre l'instruction;

Vu le rapport complémentaire de M. E. THIBAUT, premier auditeur au Conseil d'Etat, rédigé sur la base de l'article 13 du règlement général de procédure;

Vu la notification du rapport aux parties et les derniers mémoires des parties requérantes et de la partie intervenante;

Vu l'ordonnance du 21 janvier 2013, notifiée aux parties, fixant l'affaire à l'audience du 12 février 2013 à 9 heures 30;

Entendu, en son rapport, Mme D. DÉOM, conseiller d'État;

Entendu, en leurs observations, Me Fr. KRENC, avocat, comparaissant pour les parties requérantes, Me S. BEN MESSAOUD *loco* Me M. KAISER, avocat, comparaissant pour la partie adverse, et Me B. MARTEL (également *loco* Me K. LEUS), avocat, comparaissant pour la partie intervenante;

Entendu, en son avis conforme, M. E. THIBAUT, premier 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 cause sont exposés dans l'arrêt n° 221.285 du 7 novembre 2012, auquel il y a lieu de se référer; que le même arrêt a statué sur les moyens, à l'exception de la seconde branche du premier moyen;

Considérant que la seconde branche du premier moyen est prise 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 1^{er} du premier protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme et de l'erreur manifeste d'appréciation, en ce que la «charge brute des sinistres» ne constitue pas un élément objectif et représentatif au sens de l'article 138*bis*-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 précitée; que les requérantes

exposent que pour être objectif, un paramètre doit être observable par un observateur extérieur et indépendant, nécessairement extérieur à l'entreprise d'assurances, comme par exemple l'indice ABEX utilisé en matière d'assurance habitation; que, selon elles, il existe des paramètres objectifs et représentatifs dans le domaine de l'assurance hospitalisation qui sont connus et répertoriés, mais qui n'ont pas été retenus par l'acte attaqué; qu'elles font valoir que l'absence de fiabilité des données communiquées par les entreprises d'assurance a été dénoncée à maintes reprises, comme le Centre d'expertise médicale l'a relevé dans son rapport 2008, et estiment qu'une donnée non fiable ne peut être considérée comme objective et ne peut déterminer l'indice médical; qu'elles soulignent que les données brutes sont communiquées par les entreprises d'assurance, que leur certification par un réviseur de la C.B.F.A. n'est pas de nature à leur conférer un caractère objectif, puisque les réviseurs sont choisis par les entreprises d'assurance, que la crise bancaire et financière montre que l'on ne peut se satisfaire d'un tel *satisfecit* et qu'il convient de prendre en considération les droits et intérêts des assurés qui sont dans un rapport de dépendance à l'égard des entreprises d'assurance;

que, dans leur mémoire en réplique, les requérantes précisent que la liberté de choix alléguée par la partie adverse est balisée par l'article 138*bis*-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992 précitée, qui détermine la méthode à suivre par le Roi pour la construction de l'indice médical; qu'à leur sens, seule une méthode analogue à celle pratiquée pour les indices des prix à la consommation répondrait aux conditions de cette disposition tout en permettant de tenir compte de tous les éléments utiles et en particulier de la fréquence des prestations; qu'elles soulignent que les entreprises d'assurance ont intérêt à augmenter leurs tarifs, que les données à fournir ne leur sont pas extérieures et ne sont pas indépendantes de leurs intérêts, et que la certification prévue par l'arrêté attaqué ne pourrait combler l'absence de caractère objectif de ces informations; que, pour ce qui concerne la fiabilité des données, elles font valoir qu'il existe d'autres paramètres tels que les suppléments de séjour ou d'honoraires réclamés par les hôpitaux aux patients, qui sont publiés par les mutualités, et que ces éléments sont moins sujets à caution, leur fiabilité n'ayant jamais été critiquée;

que, dans leur dernier mémoire, elles répètent ces arguments et explicitent la violation alléguée de l'article 1^{er} du premier protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, en indiquant que les deuxième et troisième requérantes ont une espérance légitime à ne pas voir leurs primes augmentées et qu'elles disposent dès lors d'un «intérêt substantiel» protégé par la disposition en cause; que, selon elles, le principe de proportionnalité imposait à l'autorité de choisir, entre deux méthodes ou paramètres, celui ou celle qui porte le moins gravement atteinte aux droits de l'assuré; qu'à leur estime, la méthode qu'elles préconisent devait être privilégiée tant parce qu'elle préserve mieux les droits et

intérêts de l'assuré que parce qu'elle reposerait sur des paramètres plus objectifs que ceux qui sont retenus par l'acte attaqué;

Considérant que l'article 138*bis*-4, § 3, de la loi du 25 juin 1992, précitée, prévoit:

« § 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.»;

Considérant que cette disposition habilite le Roi à définir la méthode de construction du ou des indices spécifiques qui doivent permettre de calculer si la prime, la franchise et la prestation prévues par les contrats privés d'assurance maladie peuvent être adaptées au coût des services couverts par ces contrats; qu'à cet effet, Il doit sélectionner un ensemble de paramètres objectifs et représentatifs, et déterminer le mode de calcul de leur valeur et leur poids respectif dans le ou les indices; que l'arrêté attaqué retient la notion de «charge brute des sinistres», ventilée par type de frais et par classe d'âge, détermine la manière dont ces chiffres sont recueillis et vérifiés, et prévoit comment les indices spécifiques sont établis sur la base de ces chiffres, en tenant compte du nombre d'assurés par type de garantie et par classe d'âge;

Considérant que le législateur n'a pas défini ce qu'il y avait lieu d'entendre par paramètres objectifs et représentatifs; que les paramètres retenus par l'acte attaqué présentent manifestement un caractère représentatif, puisqu'ils reflètent l'évolution du coût des services couverts par les contrats; que c'est leur caractère objectif qui est contesté; que, comme il a été décidé par l'arrêt n° 221.285 du 7 novembre 2012, la charge brute des sinistres s'entend de quatre types de frais clairement identifiés; que la hauteur des charges ainsi encourues correspond aux montants des factures présentées aux entreprises d'assurance; que cet élément ne dépend donc pas de leur fait et qu'elles ne peuvent le majorer artificiellement pour provoquer l'évolution des indices et favoriser ainsi l'augmentation des primes; que le paramètre retenu présente donc un caractère objectif; que le nombre d'assurés constitue également une donnée objective nécessaire à pondérer la charge brute des sinistres; que, si ces données sont transmises par les entreprises d'assurance elles-mêmes, il n'en résulte pas qu'elles soient laissées à leur bon vouloir; que le constat du Centre fédéral d'expertise des soins de santé quant à leur manque de fiabilité n'avait pas une portée générale, mais s'inscrivait dans le cadre d'une étude préliminaire effectuée en dehors de toute procédure formalisée; que les éléments à fournir par les entreprises d'assurance en vertu de l'arrêté attaqué sont des données comptables vérifiables, dont cet arrêté prévoit la certification par le réviseur agréé auprès de la C.B.F.A. (aujourd'hui, F.S.M.A.); que cet arrêté permet en outre à cette dernière d'intervenir, le cas échéant d'initiative, afin de provoquer un nouvel envoi des données selon ses prescriptions; qu'il n'appartient pas au Conseil d'État de se prononcer sur l'efficacité de ces garanties, qui indiquent en tout cas que l'exactitude des données transmises par les assureurs doit être vérifiée;

Considérant enfin que les requérantes préconisent l'utilisation d'autres paramètres, plus spécialement l'adoption d'une méthode similaire à celle qui prévaut pour établir l'indice des prix à la consommation à partir des données de facturation des hôpitaux aux patients; que, toutefois, l'existence d'autres méthodes possibles, présentées comme plus adéquates, n'est pas de nature à établir l'illégalité de celle qui a été retenue par le Roi, auquel le législateur a conféré un pouvoir d'appréciation discrétionnaire à cet égard; que les parties requérantes critiquent le choix d'opportunité opéré par l'acte attaqué, mais n'établissent pas en quoi les dispositions de ce dernier pourraient nuire aux intérêts légitimes des assurés et porteraient une atteinte disproportionnée à leur droit au respect des biens, garanti par l'article 1^{er} du premier protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales; que la seconde branche du premier moyen n'est pas fondée,

D É C I D E :

Article 1^{er}

La requête est rejetée.

Article 2.

Les dépens, liquidés à la somme de 650 euros, sont mis à la charge des parties requérantes, à concurrence de 216,67 euros chacune.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la XV^e chambre, le vingt-deux février deux mille treize par :

M.	M. LEROY,	président de chambre,
M.	I. KOVALOVSKY,	conseiller d'Etat,
Mme	D. DÉOM,	conseiller d'État,
M.	R. GHODS,	greffier assumé.

Le Greffier assumé,

Le Président,

R. GHODS

M. LEROY