

CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

A R R E T

n° 235.152 du 21 juin 2016

G./A.208.093/VI-19.916

En cause : **1. l'association sans but lucratif Centre hospitalier de Wallonie picarde,**
2. l'association sans but lucratif Clinique Saint-Pierre,

ayant élu domicile chez
Mes Stefaan CALLENS et
Mathilde COËFFE, avocats,
avenue de Tervueren, n° 40,
1040 Bruxelles,

contre :

l'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires sociales et
de la Santé publique,

ayant élu domicile chez
Mes Pierre SLEGGERS et
Sarah BEN MESSAOUD, avocats,
place Flagey, n° 18,
1050 Bruxelles.

LE CONSEIL D'ETAT, VI^e CHAMBRE,

I. OBJET DE LA REQUETE

Par une requête introduite le 26 février 2013, l'association sans but lucratif Centre hospitalier de Wallonie picarde et l'association sans but lucratif Clinique Saint-Pierre demandent l'annulation de "l'arrêté royal du 18 décembre 2012 portant exécution de l'article 56^{ter}, § 1^{er}, et § 11, 2°, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 pour ce qui concerne les montants de référence par admission, publié le 28 décembre 2012 au Moniteur Belge".

II. PROCEDURE DEVANT LE CONSEIL D'ETAT

Les mémoires en réponse et en réplique ont été régulièrement échangés.

Le dossier administratif a été déposé.

M. le Premier auditeur au Conseil d'Etat, Christian AMELYNCK, a rédigé un rapport.

Le rapport a été notifié aux parties. Elles ont déposé des derniers mémoires.

Une ordonnance du 19 janvier 2016, notifiée aux parties, fixe l'affaire à l'audience du 17 février 2016 à 10 heures, date à laquelle l'affaire a été remise *sine die*.

Une ordonnance du 3 mai 2016, notifiée aux parties, fixe l'affaire à l'audience du 1^{er} juin 2016 à 10 heures.

Des courriers du 31 mai 2016, notifiés aux parties, ont remis l'affaire à l'audience du 8 juin 2016 à 10 heures.

M. le Conseiller d'Etat, Serge BODART, a exposé son rapport.

Me Mathilde COËFFE, avocat, comparaissant pour les parties requérantes, et Me Sarah BEN MESSAOUD, avocat, comparaissant pour la partie adverse, ont présenté leurs observations.

M. le Premier auditeur au Conseil d'Etat, Christian AMELYNCK, a été entendu en son avis.

Il est fait application du titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. EXPOSE DES FAITS

III. 1. L'article 11 de la loi du 22 août 2002 portant des mesures en matière de soins de santé a introduit dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, un article 56^{ter} qui met en place un système de "montants de référence" en matière hospitalière. Ce mécanisme a pour objectif de standardiser les pratiques médicales mises en œuvre dans les hôpitaux, pour traiter certaines pathologies courantes, ainsi que pour limiter leur coût.

Appliqués pour l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé octroyée à des bénéficiaires hospitalisés, ces "montants de référence" sont établis par groupes de pathologies relativement fréquentes et de sévérité faible (ci-après "A.P.R.-D.R.G."). Ils sont calculés annuellement sur la base de moyennes nationales, majorées de 10 %.

En cas de dépassement, par un hôpital, d'un "montant de référence", il doit rembourser la différence à l'autorité.

Ce système est entré en vigueur le 1^{er} octobre 2002. Les "montants de référence" ont été calculés pour la première fois, sur la base des données concernant les admissions prenant fin entre le 1^{er} octobre 2002 et le 31 décembre 2003.

La méthodologie de ce système a été modifiée par l'autorité. Il en découle notamment que les "montants de référence" appliqués font l'objet d'une communication préalable aux hôpitaux.

III. 2. Saisie le 9 décembre 2008 d'une demande d'avis par la Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, la "Structure multipartite en matière de politique hospitalière" propose, le 19 mai 2011, "d'étendre l'application du système des montants de référence à tous les séjours, hospitalisation classique et hôpital de jour et de prendre en compte, pour les A.P.R.-D.G.R. chirurgicaux, une période de carence, c'est-à-dire de tenir compte de toutes les prestations (pour autant qu'elles appartiennent à ces trois groupes de prestations) réalisées dans les 30 jours qui précèdent le séjour hospitalier".

III. 3. Le 10 septembre 2012, un avant-projet d'arrêté royal est rédigé sur la base de cet avis.

III. 4. Cet avant-projet donne lieu à :

- un "avis positif" de la commission de contrôle budgétaire, donné le 12 septembre 2012;
- un "avis favorable" du comité de l'assurance soins de santé, donné le 17 septembre 2012;
- un avis, donné par l'inspection des finances, selon lequel l'avant-projet n'appelle pas d'objections, donné le 11 octobre 2012;
- un accord du ministre du Budget, donné le 14 novembre 2012.

III. 5. Le 12 décembre 2012, la section de législation du Conseil d'Etat rend également son avis n° 52.399/2 sur le projet.

III. 6. Le 18 décembre 2012, est adopté un arrêté royal portant exécution de l'article 56ter, § 1^{er}, et § 11, 2°, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, pour ce qui concerne les montants de référence par admission. Ses dispositions se lisent comme suit :

" Article 1^{er}. Conformément à l'article 56ter, § 1^{er}, dernière phrase de la loi, l'application des montants de référence est étendu, suivant les modalités fixées à l'article 56ter, § 1^{er}, première phrase, de la loi aux prestations dispensées au cours d'un séjour en milieu hospitalier qui donne lieu au paiement d'un forfait de journée, comme visé dans la convention en vigueur en application de l'article 46 de la loi, ou au cours de tout séjour donnant lieu au paiement d'un prix de journée d'hospitalisation à l'exception des prestations suivantes :

1° les prestations qui donnent lieu au paiement d'un mini-forfait visé dans la convention susvisée;

2° les prestations liées à l'utilisation de la salle de plâtre.

Art. 2. Conformément à l'article 56ter, § 11, 2°, pour le groupe de diagnostic défini au paragraphe 9, 1°, il est pris en compte, dans le cadre du calcul des montants de référence et de la dépense médiane, toutes les prestations appartenant aux groupes de prestations définies au paragraphe 8, réalisées au cours de la période de carence, définie comme étant les 30 jours qui précèdent une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence.

Art. 3. Le présent arrêté s'applique aux admissions qui se clôturent après le 31 décembre 2012.

Art. 4. La ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargée de l'exécution du présent arrêté".

Il s'agit de l'arrêté royal querellé.

Il est publié au Moniteur belge le 28 décembre 2012 et est entré en vigueur le 7 janvier 2013.

IV. TROISIEME MOYEN

IV. 1. Thèses des parties

A. Requête

Les parties requérantes prennent un moyen, le troisième, "de la violation par [les] article[s] 2 et 3 de l'arrêté attaqué des principes généraux de droit administratif et principalement du principe de bonne administration, du principe de

non rétroactivité et du principe de sécurité juridique et de l'article 56ter, § 11, 2°, de la loi AMI".

Dans ce qui s'analyse comme une première branche, elles rappellent tout d'abord la teneur du principe de non-rétroactivité des arrêtés réglementaires.

Elles soutiennent que l'arrêté attaqué est doté d'un effet rétroactif notamment sur les prestations effectuées pendant la période de carence, à savoir dans les 30 jours qui précèdent l'admission. Elles ajoutent que comme la date de clôture de l'admission, dont il est question dans l'arrêté querellé, n'est pas identique à la date d'admission en tant que telle (qui est antérieure), il est même possible que l'effet rétroactif de l'arrêté attaqué remonte avant le 1^{er} décembre 2012.

Elles rappellent que l'arrêté attaqué est entré en vigueur le 7 janvier 2013, et qu'il y est prévu qu'il est applicable, en vertu de son article 3, aux admissions qui se clôturent après le 31 décembre 2012. Elles en déduisent que l'arrêté royal est rétroactif puisqu'il s'applique à des faits qui se sont produits avant son entrée en vigueur.

Elles estiment que cette rétroactivité est contraire à la sécurité juridique.

Dans ce qui s'analyse comme une seconde branche, elles soutiennent que cette insécurité juridique "tient également à ce qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de modalité spécifique concernant notamment [...] les montants pré-calculés offrant aux hôpitaux la possibilité de connaître à l'avance leur situation et de modifier leur comportement afin de ne pas par la suite être pénalisés". Elles écrivent que "l'arrêté royal attaqué étend le système des montants de référence à la période de carence sans en fixer les modalités", en dépit de ce que prévoit l'article 56ter, § 11, 2°, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

B. Mémoire en réponse

La partie adverse répond que l'arrêté querellé n'a pas d'effet rétroactif et qu'il ne produit pas de "conséquences juridiques" antérieures à son entrée en vigueur. Elle écrit qu'aucun "calcul" de montants de référence n'est effectué préalablement à cette entrée en vigueur suivant les modalités nouvelles qui y sont mises en œuvre. Elle estime que l'arrêté royal querellé constitue un cas d'application immédiate dans le temps d'une nouvelle mesure réglementaire et qu'il s'applique tant aux faits qui lui sont postérieurs qu'aux conséquences futures de faits antérieurs.

Elle soutient également que l'arrêté querellé ne viole pas davantage le principe de sécurité juridique. Elle rappelle à cet égard que ce principe n'implique pas l'immuabilité du droit. Elle fait état de ce que les hôpitaux sont raisonnablement en mesure de prévoir les conséquences de l'arrêté querellé, dès la publication de celui-ci.

Elle écrit également que "les admissions à partir du 28 décembre 2012" constituent "l'écrasante majorité des admissions" concernées par l'arrêté querellé. Elle estime que la part d'actes techniques, de biologie médicale et d'imagerie médicale comprise dans les périodes de carence préalables au 28 décembre 2012, dans le compte total de ces actes sur l'année entière de calcul des montants de référence, est extrêmement limitée.

Elle fait également état de ce que depuis la mise en œuvre en 2002 du mécanisme des montants de référence, les hôpitaux savent que leur pratique est susceptible d'être "comparée" à la pratique hospitalière en Belgique pour des pathologies dites "de routine" et ne présentant aucun degré de gravité déterminé. Elle ajoute que depuis les modifications intervenues en 2008, les hôpitaux savent également que la prise en considération de la période de carence se préparait activement.

C. Mémoire en réplique

Les requérantes réitèrent que l'extension à laquelle il est procédé par l'acte attaqué est contraire au principe de sécurité juridique.

Elles estiment qu'elles n'ont pas eu l'occasion de s'y préparer. Elles écrivent qu'il aurait été plus raisonnable, dans le souci d'assurer le respect de la sécurité juridique, d'utiliser comme date de référence la date d'admission des hospitalisations et non la date de leur clôture. Elles font état de ce que si elles ne s'opposent pas à une extension du système des montants de référence, elles critiquent la manière dont cette extension a été mise en œuvre.

Elles réitèrent que le Roi aurait dû fixer les modalités d'application de l'extension comme cela était prévu par l'article 56ter, § 11, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

D. Dernier mémoire de la partie adverse

Dans son dernier mémoire, la partie adverse rappelle, à titre liminaire, la teneur de l'arrêt n° 33/2014 du 27 février 2014 de la Cour constitutionnelle. Elle fait valoir que "dans cet arrêt, la Cour a validé la fonction temporelle des montants de référence et écarté le caractère pénal ou de nature pénale du mécanisme" et que "la Cour a rejeté que la prise en compte de périodes passées (au moment du calcul) soit constitutif d'une rétroactivité prohibée".

Citant également l'arrêt n° 60/2010 du 27 mai 2010 de la Cour constitutionnelle, elle rappelle que le mécanisme des montants de référence "consiste à ne rembourser pour une admission donnée qu'un montant déterminé «*a posteriori*, [sur la base d'une] moyenne, qui tend ainsi à se rapprocher au maximum de la pratique, en se fondant sur les montants qui ont été réellement facturés aux patients; le montant de référence est ainsi considéré comme un indicateur des dépenses qui ont été réellement nécessaires au cours d'une année, pour le traitement de pathologies courantes». Elle explique encore que ce mécanisme "détermine que, désormais, ne seraient remboursés dans le cadre d'une hospitalisation, que les soins qui sont spécifiquement indiqués à l'article 56*ter*, correspondant à des soins qui sont manifestement nécessaires compte tenu du fait qu'ils correspondent à la moyenne nationale, majorée de 10 pourcents".

S'appuyant sur diverses références de doctrine et de jurisprudence, la partie adverse rappelle ensuite la distinction qu'il y a lieu d'opérer entre le principe de la non-rétroactivité de la réglementation et celui de l'application immédiate de la règle nouvelle. Concernant ce dernier principe, elle cite notamment un arrêt de la Cour de cassation du 25 novembre 1991, qui en donne la définition suivante: "Attendu qu'en règle, une loi nouvelle s'applique non seulement aux situations qui naissent à partir de son entrée en vigueur mais aussi aux effets futurs des situations nées sous le régime de la loi antérieure qui se produisent ou se prolongent sous l'empire de la loi nouvelle, pour autant que cette application ne porte pas atteinte à des droits déjà irrévocablement fixés" (Cass, 25 novembre 1991, Pas., 1992,1, 228).

Elle estime qu'en l'espèce, "la modification qui intervient a pour effet de modifier le «panier» des prestations qui entrent en ligne de compte pour déterminer le coût moyen d'une hospitalisation à partir du 1^{er} janvier 2013". Cette modification est sans incidence sur le coût moyen des hospitalisations clôturées au 31 décembre 2012 et "ne concerne que le mode de calcul de la moyenne de référence". Selon la partie adverse, "l'acte attaqué peut, en vue de déterminer le coût moyen d'une hospitalisation

en 2013, prendre en compte les éléments du coût [d'une telle hospitalisation], déterminés selon les nouvelles règles de détermination de ces moyennes de référence".

Elle conclut que "l'arrêté attaqué est un exemple «classique» d'application immédiate dans le temps d'une nouvelle mesure réglementaire". En tant que telle, "elle s'applique tant aux faits qui lui sont postérieurs qu'aux conséquences futures de faits antérieurs".

A titre subsidiaire, la partie adverse fait valoir qu'"au moment où l'hôpital facture les prestations pour les admissions concernées par l'arrêté attaqué, il a donc encore la possibilité d'adapter son comportement de facturation et donc d'anticiper les conséquences qui en résulteront". Elle considère qu'il n'y a donc, à ce moment "pas de situation juridique acquise irrémédiable sur laquelle l'hôpital n'aurait aucune prise".

A titre plus subsidiaire, elle expose que s'il fallait considérer que l'arrêté attaqué a une portée rétroactive, celle-ci serait justifiée, dès lors qu'elle est nécessaire à l'exécution de la loi et à la continuité du service public et que l'arrêté querellé ne porte pas atteinte à des droits acquis.

A titre infiniment subsidiaire, la partie adverse souligne qu'en toute hypothèse, la situation de l'hôpital n'a pas été modifiée par l'arrêté attaqué. Elle explique, à cet égard, que si l'inclusion dans le montant de référence des prestations effectuées pendant une période de carence "a pour conséquence d'augmenter le nombre de prestations prises en considération pour un hôpital déterminé, elle a aussi pour conséquence d'augmenter, de la même façon, le montant moyen auquel le comportement de l'hôpital sera comparé". C'est donc le comportement de facturation qui est comparé à celui des autres hôpitaux.

Enfin, toujours à titre subsidiaire, la partie adverse fait valoir que le moyen ne pourrait conduire qu'à une annulation partielle. Elle relève, *ratione materiae*, que la critique des requérantes ne porte que sur les articles 2 et 3 de l'arrêté querellé et, *ratione temporis*, que cette critique ne porte pas sur le mécanisme même de la prise en compte de la période de carence, mais sur la prise en compte de prestations antérieures au 1^{er} janvier 2013.

E. Dernier mémoire des parties requérantes

Les parties requérantes répondent dans leur dernier mémoire "que, contrairement à ce que décrit la partie adverse, l'arrêté royal attaqué n'a pas uniquement pour effet de modifier le mode de calcul de la moyenne de référence, mais a également pour effet de prendre en considération pour ce calcul des prestations qui ont été effectuées à un moment où les hôpitaux et les médecins hospitaliers n'étaient pas informés du fait que ces prestations seraient par la suite prises en compte".

Elles estiment que "l'acte attaqué a pour conséquence de remettre en cause une situation qui devait être acquise pour les hôpitaux, à savoir que les prestations effectuées avant la publication de l'acte attaqué, et qui n'étaient pas déjà concernées par le calcul des montants de référence, ne seraient pas prises en compte *a posteriori* pour calculer les montants de référence".

Elles estiment que, contrairement à ce que "laisse sous-entendre" la partie adverse, les hôpitaux n'ont pas eu la possibilité de modifier leur comportement au moment de la facturation. En effet, elles expliquent que les hôpitaux ont pu facturer, avant le 7 janvier 2013, date de l'entrée en vigueur de l'arrêté attaqué, des prestations pour des hospitalisations se clôturant après le 31 décembre 2012. Elles précisent qu'"il n'est pas possible pour un hôpital de décider *in fine* de ne pas facturer une prestation qui a été effectuée". En effet, "les honoraires appartiennent aux médecins [...] et [...] l'hôpital ne peut dès lors pas décider de manière arbitraire de ne pas facturer une prestation". Elles ajoutent que "c'est d'autant plus vrai lorsque, conformément à l'article 146 de la loi sur les hôpitaux, les médecins sont payés à l'acte, comme c'est le cas au sein de l'institution de la première partie requérante et principalement le cas au sein de l'institution de la deuxième partie requérante".

Les parties requérantes estiment qu'"il y avait donc bien au moment de l'entrée en vigueur de l'acte attaqué, une situation juridique acquise irrémédiable sur laquelle [elles] n'avaient aucune prise".

Elles considèrent que "le fait que l'acte attaqué rétroagit et modifie une situation juridique acquise sur laquelle les parties requérantes n'ont aucune prise [leur] fait grief", dans la mesure où elles "n'ont pas eu la possibilité de s'assurer du bon comportement de prestations au sein de leur institution et risquent dès lors d'être négativement affectées". Elles indiquent encore que "le fait que le calcul de la moyenne ne prenne en compte que des hôpitaux qui se trouvaient dans la même situation d'ignorance [qu'elles] ne peut suffire à démontrer que l'acte attaqué, en ce

qu'il prend en considération des prestations pendant la période de 30 jours avant le 1^{er} janvier 2013, ne leur fait pas grief". Elles exposent, à cet égard, "que la situation de l'ensemble des hôpitaux n'est pas identique en ce qui concerne la possibilité pour ces derniers d'avoir accès aux informations concernant les prestations qui ont été effectuées avant l'hospitalisation".

IV. 2. Décision du Conseil d'Etat quant à la première branche

L'article 56^{ter}, § 11, 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dispose comme suit:

" 2° Le Roi peut, pour le groupe de diagnostic défini au paragraphe 9, 1°, fixer les modalités et la date d'application pour prendre également en compte, dans le cadre du calcul des montants de référence et de la dépense médiane, toutes les prestations définies au paragraphe 8, réalisées au cours de la période de carence, définie comme étant les 30 jours qui précèdent une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence; [...]".

L'article 2 de l'arrêté royal attaqué se présente comme portant exécution de cette disposition.

L'article 3 du même arrêté énonce que l'arrêté s'applique aux admissions qui se clôturent après le 31 décembre 2012.

Ainsi que le relève la partie adverse, le moyen ne porte donc pas sur l'article 1^{er} de l'arrêté royal attaqué, dont l'objet est différent, ni sur l'application de la période de carence à des prestations effectuées après l'entrée en vigueur de l'arrêté. La critique des requérantes ne porte donc que sur l'application du mécanisme de la période de carence à des prestations effectuées avant l'entrée en vigueur de l'arrêté attaqué, mais correspondant à des admissions qui n'ont été clôturées qu'après le 31 décembre 2012.

Le calcul des montants de référence instauré par la loi repose sur le choix d'un système de moyenne établie *a posteriori*, qui tend à se rapprocher au maximum de la pratique, en se fondant sur les montants qui ont été réellement facturés aux patients prenant en compte un montant moyen des dépenses nationales. La prise en compte d'une période de carence de 30 jours précédant l'admission ne modifie pas la nature de ce mécanisme. Elle est d'ailleurs prévue par le législateur, qui en a inscrit le principe à l'article 56^{ter}, § 11, 2°, de la loi.

La nouvelle modalité de calcul des montants de référence s'applique à toutes les admissions clôturées après le 31 décembre 2012. La circonstance que ce calcul intègre des prestations antérieures à cette date ne suffit pas, à elle seule, à lui donner un caractère rétroactif. En effet, il s'agit là d'une simple conséquence de l'application de la règle nouvelle aux situations nées sous le régime de la norme antérieure qui se prolongent sous le régime de la nouvelle réglementation. Dès lors que la modification de la base de calcul des montants de référence ne sortit ses effets qu'après la date de l'entrée en vigueur de l'arrêté royal attaqué, l'application de cette nouvelle base de calcul laisse inchangée la situation juridique passée des requérantes et n'entraîne de conséquences que pour le futur.

Il est, par ailleurs, exact qu'à défaut d'indication expresse dans l'arrêté attaqué, celui-ci n'est entré en vigueur que le dixième jour suivant la date de sa publication. Celle-ci ayant eu lieu le 28 décembre 2012, l'arrêté attaqué n'est donc entré en vigueur que le 7 janvier 2013, alors qu'il s'applique à toutes les admissions clôturées après le 31 décembre 2012. Il pourrait donc avoir été appliqué à des admissions déjà clôturées à la date de son entrée en vigueur.

Il convient toutefois de signaler, en premier lieu, que cette situation trouve, en toute hypothèse, sa justification dans le mécanisme mis en place par l'article 56ter de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, plus particulièrement en ses paragraphes 4, alinéa 2, et 11, 2°, en vertu desquels, d'une part, les montants de référence sont calculés annuellement sur la base des données concernant les admissions clôturées entre le 31 décembre de l'année précédente et le 1^{er} janvier de l'année suivante et, d'autre part, la période de carence est "définie comme étant les 30 jours qui précèdent une admission prise en considération pour le calcul des montants de référence". A supposer même qu'il faille considérer que la différence entre la date d'entrée en vigueur de l'arrêté querellé et celle à partir de laquelle sont prises en compte les admissions clôturées pour le calcul du montant de référence puisse s'analyser comme donnant à l'arrêté attaqué un effet rétroactif limité à cette période, encore faudrait-il considérer qu'il découle de la volonté du législateur. Il n'apparaît pas, et il n'est d'ailleurs pas soutenu, que ce prétendu effet rétroactif présenterait un caractère disproportionné par rapport à l'objectif ainsi poursuivi par le législateur. Il en va d'autant plus ainsi que les destinataires de l'acte ont été informés de celui-ci dès le 28 décembre 2012.

Plus fondamentalement, il apparaît que la circonstance même que le calcul des montants de référence puisse, pour une période limitée, s'effectuer sur la base de la nouvelle réglementation pour des admissions clôturées avant l'entrée en vigueur de

celle-ci ne change, en réalité, rien au fait que seront ainsi visées des situations qui sont nées sous le régime de la norme antérieure mais dont les effets sont pris en compte pour l'application de la nouvelle réglementation. En effet, il se déduit de l'économie du mécanisme mis en place par l'article 56^{ter} de la loi que la clôture de l'admission à une date donnée est, en soi, sans incidence sur la situation juridique de l'hôpital concerné, notamment au regard du montant de l'intervention de l'assurance auquel il peut prétendre, puisque ce montant dépendra du calcul d'un montant de référence effectué *a posteriori*. Ce n'est donc que lorsque ce calcul sera effectué que la situation née de la clôture de l'admission produira ses effets relativement à l'intervention de l'assurance. Par conséquent, la circonstance que la réglementation applicable pour le calcul du montant de référence est celle en vigueur au moment de ce calcul constitue un cas d'application de la norme nouvelle à une situation née sous la réglementation antérieure mais dont les effets se produisent sous l'empire de la loi nouvelle, sans que cela ne porte atteinte à un droit irrévocablement fixé.

Le troisième moyen est non fondé en sa première branche.

Il y a donc lieu de d'ordonner la réouverture des débats afin de permettre à l'auditeur rapporteur de procéder à l'examen de la seconde branche du troisième moyen et des autres moyens de la requête.

**PAR CES MOTIFS,
D E C I D E :**

Article 1^{er}.

Les débats sont rouverts.

Article 2.

Le membre de l'auditorat, désigné par l'Auditeur général, est chargé de déposer un rapport complémentaire.

Article 3.

A dater de la notification du rapport complémentaire, chacune des parties disposera d'un délai unique de trente jours pour déposer un dernier mémoire.

Article 4.

Les dépens sont réservés.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le
vingt et un juin deux mille seize par :

MM. Jacques JAUMOTTE,
David DE ROY,
Serge BODART,
Vincent DURIEUX,

Président de chambre,
Conseiller d'Etat,
Conseiller d'Etat,
Greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Vincent DURIEUX.

Jacques JAUMOTTE.