

Numéros du rôle : 1737,
1748, 1752 et 1753

Arrêt n° 136/2000
du 21 décembre 2000

A R R E T

En cause : les recours en annulation des articles 121 et 122, alinéa 2, de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales, introduits par l'a.s.b.l. Fédération belge des chambres syndicales de médecins et autres.

La Cour d'arbitrage,

composée des présidents M. Melchior et G. De Baets, et des juges P. Martens, A. Arts, R. Henneuse, M. Bossuyt et E. De Groot, assistée du greffier L. Potoms, présidée par le président M. Melchior,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

*

* *

I. *Objet des recours*

Par requêtes adressées à la Cour par lettres recommandées à la poste les 26, 30 juillet et 4 août 1999 et parvenues au greffe les 27 juillet, 2 et 5 août 1999, un recours en annulation des articles 121 et 122, alinéa 2, de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales (publiée au *Moniteur belge* du 6 février 1999) a été introduit par l'a.s.b.l. Fédération belge des chambres syndicales de médecins, dont le siège social est établi à 1050 Bruxelles, chaussée de Boondael 6, boîte 4, (affaire n° 1737) F. Rodesch, demeurant à 1180 Bruxelles, avenue Groelstveld 23, L. Marcelis, demeurant à 1060 Bruxelles, avenue Docteur Cordier 23, C. Nemry, demeurant à 1190 Bruxelles, avenue Minerve 21, boîte 54, M. Dupont, demeurant à 1050 Bruxelles, avenue Louise 193, G. Andry, demeurant à 1380 Ohain, Chemin Fond Coron 13, A. Rauis, demeurant à 1180 Bruxelles, avenue Franklin Roosevelt 186, A. Unglik, demeurant à 1180 Bruxelles, avenue Maxime Van Praag 1, et J. Vanderick, demeurant à 1150 Bruxelles, avenue des Eglantines 21, (affaire n° 1748) l'a.s.b.l. Institut médical Edith Cavell – les cliniques Edith Cavell, de la Basilique et Lambermont, dont le siège social est établi à 1180 Bruxelles, rue Edith Cavell 32, M. Clemens, demeurant à 1170 Bruxelles, avenue de la Tenderie 34, et P. Sepulchre, demeurant à 3090 Overijse, Dreef 172 (affaire n° 1752) et le Groupement des unions professionnelles belges de médecins spécialistes, dont le siège est établi à 1050 Bruxelles, avenue de la Couronne 20, P. Rutten, demeurant à 6850 Offagne, rue Baron Poncelet 5, et J.-L. De Meere, demeurant à 1860 Meise, Sint-Elooiweg 60 (affaire n° 1753).

II. *La procédure*

Par ordonnances du 27 juillet 1999 et des 2 et 5 août 1999, le président en exercice a désigné les juges des sièges respectifs conformément aux articles 58 et 59 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage.

Les juges-rapporteurs ont estimé n'y avoir lieu de faire application dans ces affaires des articles 71 ou 72 de la loi organique.

Par ordonnance du 22 septembre 1999, la Cour a joint les affaires.

Les recours ont été notifiés conformément à l'article 76 de la loi organique, par lettres recommandées à la poste le 15 octobre 1999.

L'avis prescrit par l'article 74 de la loi organique a été publié au *Moniteur belge* du 11 novembre 1999.

Le Conseil des ministres, rue de la Loi 16, 1000 Bruxelles, a introduit un mémoire, par lettre recommandée à la poste le 2 décembre 1999.

Ce mémoire a été notifié conformément à l'article 89 de la loi organique, par lettres recommandées à la poste le 10 décembre 1999.

Des mémoires en réponse ont été introduits par :

- la partie requérante dans l'affaire n° 1737, par lettre recommandée à la poste le 8 janvier 2000;
- les parties requérantes dans l'affaire n° 1748, par lettre recommandée à la poste le 12 janvier 2000;
- les parties requérantes dans les affaires n°s 1752 et 1753, par lettre recommandée à la poste le 12 janvier 2000.

Par ordonnances du 23 décembre 1999 et du 29 juin 2000, la Cour a prorogé respectivement jusqu'aux 26 juillet 2000 et 26 janvier 2001 le délai dans lequel l'arrêt doit être rendu.

Par ordonnance du 30 mai 2000, la Cour a déclaré les affaires en état et fixé l'audience au 21 juin 2000.

Cette ordonnance a été notifiée aux parties ainsi qu'à leurs avocats par lettres recommandées à la poste le 30 mai 2000.

Par ordonnance du 20 juin 2000, le président en exercice a constaté que le juge H. Coremans, légitimement empêché, est remplacé comme membre du siège par le juge M. Bossuyt.

A l'audience publique du 21 juin 2000 :

- ont comparu :
 - . Me M. Vanden Dorpe, avocat au barreau de Liège, *loco* Me E. Thiry, avocat au barreau de Bruxelles, pour la partie requérante dans l'affaire n° 1737;
 - . Me P. Thiel, qui plaide également *loco* Me E. Gillet, avocats au barreau de Bruxelles, pour les parties requérantes dans l'affaire n° 1748;
 - . Me B. Cambier et Me D. Renders, avocats au barreau de Bruxelles, pour les parties requérantes dans les affaires n°s 1752 et 1753;
 - . Me J. Vanden Eynde et Me J.-M. Wolter, avocats au barreau de Bruxelles, pour le Conseil des ministres;
- les juges-rapporteurs P. Martens et E. De Groot ont fait rapport;
- les avocats précités ont été entendus;
- les affaires ont été mises en délibéré.

Par ordonnance du 18 octobre 2000, la Cour a constaté que le juge E. Cerexhe, légitimement empêché, est remplacé comme membre du siège par le juge R. Henneuse, a rouvert les débats et a fixé l'audience au 16 novembre 2000.

Cette ordonnance a été notifiée aux parties ainsi qu'à leurs avocats par lettres recommandées à la poste le 20 octobre 2000.

A l'audience publique du 16 novembre 2000 :

- ont comparu :
 - . Me E. Thiry, avocat au barreau de Bruxelles, pour la partie requérante dans l'affaire n° 1737;
 - . Me E. Gillet, avocat au barreau de Bruxelles, pour les parties requérantes dans l'affaire n° 1748;

. Me B. Cambier, avocat au barreau de Bruxelles, pour les parties requérantes dans les affaires n^{os} 1752 et 1753;

. Me J.-M. Wolter, avocat au barreau de Bruxelles, pour le Conseil des ministres;

- les juges-rapporteurs P. Martens et E. De Groot ont fait rapport;

- les avocats précités ont été entendus;

- les affaires ont été mises en délibéré.

La procédure s'est déroulée conformément aux articles 62 et suivants de la loi organique, relatifs à l'emploi des langues devant la Cour.

III. *En droit*

- A -

Affaire n° 1737

Position de la partie requérante

A.1. L'a.s.b.l. Fédération belge des chambres syndicales de médecins, qui groupe en son sein des médecins hospitaliers et non hospitaliers, spécialistes et non spécialistes, conventionnés et non conventionnés, demande l'annulation des articles 121 et 122 de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales. L'article 121 a introduit un article 50bis dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (loi AMI). Cet article concerne le maximum d'honoraires que les médecins peuvent réclamer dans certaines hypothèses. L'article 122 fixe la date d'entrée en vigueur de l'article 121 au 1er décembre 1998.

Quant au premier moyen

A.2. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, en ce que, en prévoyant dans les situations qu'il précise, une fixation d'honoraires identiques pour les médecins conventionnés et non conventionnés, l'article 50bis précité enlève aux médecins non conventionnés la liberté de fixation de leurs honoraires, alors qu'ils ne reçoivent pas les avantages du statut social dont bénéficient les médecins conventionnés.

Quant au deuxième moyen

A.3. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec « le principe général de sécurité juridique », en ce que la situation créée par l'article 50bis aboutit à ce que cinq régimes d'honoraires différents se sont succédé depuis le 1er décembre 1998 jusqu'au 31 décembre 1999, un sixième régime étant applicable à partir du 1er janvier 2000.

Quant au troisième moyen

A.4. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 15, alinéa 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice de l'art de guérir, de l'art infirmier, des professions paramédicales et aux commissions médicales. Il est reproché à l'article 50bis de méconnaître la

liberté de fixation des honoraires médicaux, en dehors des hypothèses prévues par l'article 15, alinéa 2, précité, sans que la loi du 14 juillet 1994, qui est une loi d'assurance, puisse servir de fondement légal à une limitation des honoraires des médecins non conventionnés.

Quant au quatrième moyen

A.5. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les articles 138 et 140 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987. Il est reproché à l'article 50bis de porter atteinte aux relations financières entre les médecins et les hôpitaux telles qu'elles sont organisées par les dispositions précitées. La suppression des suppléments d'honoraires médicaux aurait pour effet de porter atteinte à l'équilibre budgétaire des établissements hospitaliers, avec comme conséquence immédiate, une réduction injustifiée des honoraires revenant en fin de compte aux médecins.

Position du Conseil des ministres

Quant au premier moyen

A.6. Le Conseil des ministres répond que la possibilité que le législateur s'est réservée d'intervenir dans la fixation des honoraires médicaux ne résulte pas des dispositions en cause mais de l'article 15 de l'arrêté royal n° 78. Le législateur a usé de cette prérogative aux articles 138 et suivants de la loi sur les hôpitaux. Ce système n'est pas modifié par les dispositions attaquées sauf en ce qui concerne les hypothèses qui y sont visées et jusqu'au 31 décembre 1999 seulement.

Le médecin spécialiste travaillant essentiellement ou exclusivement en milieu hospitalier reste libre, notamment en tenant compte des avantages particuliers du statut social offert, en cas d'adhésion, par les articles 54 et suivants de la loi AMI, d'accepter ou non cette adhésion.

Sont seuls concernés, les médecins hospitaliers ayant opté pour une rémunération à l'acte, les dispositions en cause n'ayant pas d'incidence sur la rémunération de celui qui est rémunéré forfaitairement ou n'ayant que peu d'incidence sur celle du médecin rémunéré par combinaison des différents systèmes offerts.

A.7. Le Conseil des ministres en conclut qu'il n'y a aucune discrimination dès lors que le système des honoraires maximums résulte exclusivement du choix du médecin d'adhérer ou non à la convention médico-mutualiste. Il ajoute que le traitement différencié, outre qu'il ne résulte que très partiellement des dispositions entreprises, est totalement justifié en raison des caractéristiques particulières de l'activité des médecins hospitaliers et notamment de ce qu'elles s'insèrent dans une politique de santé visant à garantir à chacun l'accès aux meilleurs soins, dans des conditions financières acceptables et clairement acceptées.

Quant au deuxième moyen

A.8. Citant le rapport établi par l'auditeur-rapporteur dans le recours introduit au Conseil d'Etat contre l'arrêté d'application du 5 mai 1999, le Conseil des ministres rappelle que, compte tenu de la mutabilité des actes administratifs, on ne peut reprocher à l'administration de modifier, fût-ce à plusieurs reprises, sa réglementation. Il estime que l'article 50bis vise à garantir la sécurité tarifaire, de manière telle que le patient hospitalisé puisse connaître le taux des honoraires qui lui seront demandés, le législateur poursuivant un objectif de transparence qu'il recherche depuis plusieurs années, d'autant que l'information du patient est souvent imparfaite en la matière, ainsi que l'ont relevé des enquêtes.

Quant au troisième moyen

A.9. Le Conseil des ministres n'aperçoit pas quelle condition de forme le législateur se serait imposée pour fixer le taux des honoraires médicaux, ainsi que l'y autorise l'article 15, alinéa 2, de l'arrêté royal n° 78. Si la

loi AMI a pour objet principal de créer un régime d'assurance, il ne s'ensuit pas que le législateur ne pourrait y insérer des dispositions en rapport avec la fixation des honoraires médicaux.

Quant au quatrième moyen

A.10. Après avoir cité l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, qui impose depuis longtemps de garantir aux patients admis en salle commune ou en chambre à deux lits les prestations médicales au tarif AMI, que le prestataire soit ou non conventionné, le Conseil des ministres rappelle l'article 139*bis* de la même loi ainsi que le contenu de l'arrêt n° 62/99 de la Cour. Il en déduit que le produit des honoraires ne peut être attribué exclusivement aux médecins à titre de rémunération mais doit également couvrir les autres facteurs de dépense liés à l'activité médicale hospitalière. Il cite l'article 140, qui détaille les retenues qui sont faites pour la couverture des frais. Il ajoute que les retenues sont fixées de commun accord, de manière telle que ne peut être constatée, dans tous les cas, de réduction automatique des honoraires revenant aux médecins.

A.11. Le Conseil des ministres admet que les médecins hospitaliers, non conventionnés, rémunérés essentiellement ou exclusivement à l'acte, verront effectivement, à travail identique, dans les hypothèses mentionnées dans les dispositions entreprises, leur rémunération réduite. Mais il ajoute que le moyen, sur ce point, se confond avec le premier moyen et appelle la même réponse, le législateur ayant usé, de manière mesurée, dans un but légitime de transparence et de sécurité tarifaire, de la compétence qui est la sienne.

Réponse de la partie requérante

Quant au premier moyen

A.12. La partie requérante rappelle que l'article 138, § 1er, de la loi sur les hôpitaux ne concerne que les médecins conventionnés. Elle ajoute que si l'article 138, § 3, fait obligation au conseil médical de garantir que les patients hospitalisés dans une chambre commune ou à deux lits puissent être soignés au tarif prévu par les accords, cela n'implique pas une obligation systématique du médecin non conventionné de respecter les tarifs de la convention. Elle estime que les dispositions attaquées vont au-delà de ce que prévoit l'article 138, § 3.

A.13. Quant aux considérations relatives aux différents modes de rémunération des médecins, la partie requérante les juge sans pertinence en ce qu'elles perdent de vue les règles de la déontologie médicale qui interdisent que la rétribution forfaitaire du médecin soit inférieure aux revenus correspondants s'il exerçait à la vacation pour une activité équivalente (article 82 du Code de déontologie médicale).

A.14. Elle répète qu'il convient de tenir compte de ce que le statut social dont bénéficie le médecin conventionné constitue un avantage appréciable et que le médecin non conventionné est discriminé par la mesure critiquée puisque, alors qu'il ne bénéficie pas de cet avantage, il doit aligner ses honoraires sur ceux du médecin conventionné.

Quant au deuxième moyen

A.15. La partie requérante estime que la succession de cinq régimes d'honoraires différents sur treize mois crée un climat d'insécurité qui n'est pas justifiable.

Quant au troisième moyen

A.16. La partie requérante répond que, dès que l'on sort du régime conventionnel, on ne peut admettre que l'intervention législative, dans le cadre de la loi du 14 juillet 1994, se situe dans le champ de son objet défini à l'article 1er, c'est-à-dire l'institution d'un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Le montant des honoraires demandés au patient n'est pas concerné par l'assurance obligatoire, qui ne se préoccupe que du montant qu'elle couvre.

Quant au quatrième moyen

A.17. La partie requérante estime qu'aucune des dispositions invoquées par le Conseil des ministres ne justifie les dispositions attaquées et qu'en admettant qu'il y aura une réduction des honoraires pour les médecins non conventionnés, celui-ci reconnaît qu'une atteinte est portée aux relations financières entre les médecins et les hôpitaux.

Affaire n° 1748

Position des requérants

A.18. Les huit requérants sont des médecins pratiquant en milieu hospitalier qui poursuivent l'annulation des mêmes articles 121 et 122 de la loi du 25 janvier 1999. Ils demandent également de rouvrir les débats dans l'affaire n° 1406 et de les y recevoir parties intervenantes dans les limites précisées au B.3.3 de l'arrêt n° 71/99. Subsidièrement, ils invitent la Cour à poser une question préjudicielle à la Cour de justice des Communautés européennes.

Ils développent deux moyens. Le premier est pris de la méconnaissance des règles de compétence, le second, divisé en dix branches, de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, seuls ou combinés avec diverses dispositions conventionnelles, constitutionnelles ou législatives.

Quant au premier moyen

A.19. Le moyen est pris de la violation de l'article 128 de la Constitution et de l'article 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles,

« en ce que la loi du 22 janvier 1999 a été adoptée par le législateur fédéral en raison de sa compétence en matière d'assurance maladie-invalidité,

alors que la détermination du montant des honoraires qui peuvent être pratiqués par les médecins entre dans la politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soin, qu'elle est du ressort des Communautés, et non de l'Etat fédéral ».

Les requérants soutiennent que, en vertu de l'article 5, § 1er, I, 1°, de la loi spéciale du 8 août 1980, les communautés sont compétentes

« en matière de politique de dispensation des soins, dans et en dehors des établissements de soins; que les dispositions attaquées règlent un des aspects de la politique de la dispensation des soins puisqu'elles poursuivraient l'objectif de rendre les soins financièrement plus accessibles aux catégories les plus faibles de la population ».

Ils contestent que le législateur fédéral puisse se prévaloir de l'exception prévue par le point c) de l'article 5 précité en matière d'assurance maladie-invalidité, les honoraires n'entrant dans le champ d'application de celle-ci que pour la partie remboursable. Ils font valoir qu'en l'espèce, les honoraires sont précisément ceux qui ne sont pas à charge de l'assurance-maladie.

Quant au second moyen

A.20. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, seuls ou combinés le cas échéant avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, l'article 3, g), combiné avec les articles 4 (ancien article 3 A), 10 (ancien article 5) et 81 (ancien article 85) du Traité instituant la Communauté européenne, l'article 23, 1° et 5°, de la Constitution, l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 et l'article 15 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice de l'art de guérir.

A.21. Dans une première branche, les requérants soutiennent que les dispositions précitées sont violées,

« en ce que les dispositions attaquées prévoient l'application des tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance maladie invalidité si les soins sont dispensés dans le cadre d'un service de garde organisé ou dans le cadre d'un service de soins intensifs, qu'il y ait ou non un accord tel que visé à l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994;

alors que si ces dispositions doivent être interprétées en ce sens que le passage du patient dans l'un de ces deux services au cours de son hospitalisation entraîne l'application des tarifs susmentionnés pour toutes les prestations médicales effectuées au cours de l'hospitalisation, la mesure apparaît déraisonnable ou disproportionnée,

[...]

et alors que si ces dispositions doivent être interprétées en ce sens que seuls les honoraires générés par les prestations médicales effectuées dans ces deux services sont plafonnés, au contraire des autres prestations effectuées au cours de la même hospitalisation, le critère de distinction est disproportionné ou déraisonnable ».

A.22. Dans une deuxième branche, les requérants affirment que les dispositions mentionnées au moyen sont violées,

« en ce que les dispositions attaquées prévoient que le tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance est appliqué par le médecin dans un certain nombre de cas,

alors que seuls les médecins sont concernés par ces limitations de tarif, à l'inverse des autres prestataires de soins en milieu hospitalier;

qu'ainsi les paramédicaux, qui exercent dans des établissements hospitaliers, ne voient pas le montant de leurs honoraires plafonnés;

que cette distinction ne repose sur aucun critère raisonnable ou proportionnel à l'objectif poursuivi ».

A.23. Dans une troisième branche, les requérants estiment que les dispositions mentionnées au moyen sont méconnues

« en ce que les dispositions attaquées prévoient l'application du tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation d'un enfant avec un parent accompagnateur;

alors que ce critère n'est ni raisonnable, ni proportionnel à l'objectif poursuivi; qu'ainsi, un enfant hospitalisé sans parent accompagnateur peut se voir appliquer des tarifs différents que ceux précités, alors même que les parents ont un empêchement légitime qui ne leur permet pas d'accompagner leur enfant, qu'il en est ainsi des parents qui travaillent et ne savent pas se libérer de leurs obligations professionnelles, qu'il en est ainsi des parents qui assument seuls la charge de leur ménage et qui doivent, par exemple, s'occuper des autres enfants de la famille pendant l'hospitalisation de l'un d'entre eux ».

A.24. Par la quatrième branche, il est allégué que les dispositions invoquées au moyen sont violées

« en ce que les dispositions attaquées prévoient l'application du tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance dans plusieurs hypothèses qui sont toutes relatives à des patients hospitalisés, à l'exclusion des patients ambulatoires;

alors que plusieurs actes médicaux accomplis dans le cadre d'une hospitalisation peuvent en fait et en droit, être accomplis dans le cadre de la médecine ambulatoire, que le tarif des honoraires n'est cependant pas plafonné de manière aussi rigoureuse lorsque les actes sont accomplis dans le cadre d'une médecine ambulatoire et qu'ils peuvent donc donner lieu à des honoraires différents du tarif précité ».

A.25. Dans la cinquième branche, il est prétendu que les dispositions mentionnées au moyen sont méconnues

« en ce que l'article 50bis, § 3, de la loi du 14 juillet 1994, tel que modifié par la disposition attaquée, habilite le Roi à déterminer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les honoraires maximums et les suppléments d'honoraires maximums pouvant être réclamés par les médecins engagés ou non si les soins sont dispensés à des patients qui sont admis en chambre particulière à leur demande expresse et sans que leur traitement l'exige;

alors que le droit à des négociations collectives est expressément reconnu par les dispositions visées au moyen, plus particulièrement l'article 23 de la Constitution, que cependant la détermination des honoraires se fait de manière unilatérale par le Roi lorsqu'il s'agit de la détermination des honoraires demandés si l'hospitalisation a lieu en chambre seule, à la demande expresse du patient et sans que son traitement ne l'exige, qu'au contraire cette détermination se fait au terme d'une procédure d'avis lorsqu'il s'agit d'une hospitalisation en chambre commune ou à deux lits, ou en chambre seule pour des raisons médicales, que cette différence de traitement dans la manière dont sont déterminés les honoraires ne repose pas sur un critère raisonnable ou proportionnel à l'objectif poursuivi; que cette discrimination est d'autant plus forte que le droit à des négociations collectives est expressément reconnu par la Constitution ».

A.26. La sixième branche critique l'absence de proportionnalité entre les objectifs poursuivis et le critère retenu,

« en ce que les dispositions attaquées disposent que 'le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les honoraires maximums et les suppléments d'honoraires maximums pouvant être réclamés par les médecins engagés ou non si les soins sont dispensés à des patients qui sont admis en chambre particulière à leur demande expresse et sans que leur traitement l'exige ';

alors qu'en réglant de la sorte les honoraires médicaux, les catégories de la population les plus vulnérables ne paient pas moins qu'avant les réformes de 1998 et 1999, que le système de la 'convention' leur garantissait déjà l'accès aux soins en milieu hospitalier selon les tarifs déterminés; que les dispositions entreprises aboutissent à un résultat autre que celui recherché;

que ce sont en fait les catégories de la population les plus aisées qui payeront dorénavant moins; que s'il s'agit d'une égalité de traitement, celle-ci n'est pas pour autant constitutionnelle; que les catégories comparées – les plus riches et les plus pauvres – sont essentiellement différentes au regard de l'objet et du but des dispositions entreprises puisque celles-ci fixent ou plafonnent les honoraires; que les mesures en cause cherchent à rendre les soins de santé plus accessibles mais aboutissent *de facto* à rendre l'hôtellerie en chambre seule plus accessible; que l'accès aux soins de santé ne s'en trouve donc pas amélioré ».

A.27. Le moyen, en sa septième branche, invoque la méconnaissance du droit à une rémunération équitable

« en ce que les dispositions attaquées prévoient l'application systématique du tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance dans trois types d'hypothèses (admission dans un service de garde, dans un service de soins intensifs et pour les enfants accompagnés), et à défaut de convention (ou d'une convention déterminant des tarifs d'honoraires) dans le cas d'une hospitalisation en chambre commune, à deux lits, ou en chambre seule pour des raisons médicales,

alors que le tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance ne rémunère pas honorablement les prestations médicales concernées; que bon nombre de prestations médicales donnent lieu à un tarif de remboursement largement inférieur à une rémunération équitable; qu'en appliquant purement et simplement les tarifs précités, les médecins voient leurs revenus baisser de manière significative en méconnaissance des dispositions légales précitées ».

A.28. Le moyen, en sa huitième branche, dénonce une discrimination entre médecins selon qu'ils travaillent dans un hôpital public ou privé,

« en ce que les dispositions attaquées limitent et/ou interdisent la possibilité de demander des honoraires supplémentaires au tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance, ou au tarif fixé par le Roi,

alors qu'en vertu, notamment, des articles 109 et suivants de la loi coordonnée sur les hôpitaux, le déficit des hôpitaux publics est pris en charge par les pouvoirs publics, selon les modalités plus amplement définies dans la loi coordonnée sur les hôpitaux et de ses arrêtés d'application;

que, dans un établissement privé, le déficit doit obligatoirement, sous peine de faillite ou d'une cessation d'activité, être pris en charge par les médecins, que les médecins travaillant dans les hôpitaux privés financent le déficit non couvert par le prix de journée en procédant à un prélèvement à due concurrence sur les honoraires qu'ils perçoivent;

que les dispositions attaquées portent donc un préjudice important aux médecins travaillant dans des hôpitaux privés dès lors que ces médecins voient disparaître une part essentielle de revenus grâce à laquelle ils financent l'activité hospitalière ».

A.29. La critique formulée à la neuvième branche consiste à dénoncer le fait

« que l'acte attaqué impose le respect des tarifs de l'accord national médico-mutualiste aux médecins qui ont décidé de ne pas les respecter; que l'accord médico-mutualiste conclu le 20 juin 1988, auquel renvoie l'article L 1 de l'accord du 15 décembre 1998, prévoit en son point H des conditions d'application des tarifs, parmi lesquelles des conditions de temps, de lieu, d'exigences particulières du patient ou de revenu;

alors que si l'acte attaqué doit être interprété en ce sens que les tarifs de l'accord s'appliquent, indépendamment des conditions prévues à l'article H de l'accord du 20 juin 1988, cette disposition est tout à fait disproportionnée par rapport aux objectifs poursuivis qui est d'assurer l'accès aux soins; qu'elle rompt totalement l'équilibre atteint par la convention de sorte que cette dernière en devient léonine par la disparition d'un pan entier, puisque les médecins n'ont plus aucune faculté de solliciter des honoraires d'un montant supérieur à celui servant de base au remboursement de l'assurance maladie invalidité; qu'à n'en pas douter, l'accord eut été fondamentalement différent si semblables dispositions n'eussent pas été introduites;

et alors que si l'acte attaqué doit être interprété en ce sens que les conditions d'application des tarifs prévus dans les accords médico-mutualistes incluent l'article H de l'accord précité du 20 juin 1988, les médecins qui n'ont pas adhéré à l'accord voient leurs honoraires plus largement limités que ceux des médecins qui ont adhéré à l'accord; qu'en effet ces derniers ont la faculté d'adhérer partiellement à l'accord et de stipuler expressément qu'en dehors de certaines heures ou lieux, ils ne sont pas astreints au respect d'un tarif particulier; que cette discrimination ne repose sur aucun critère raisonnable ou proportionnel à l'objectif poursuivi puisqu'elle a pour effet de limiter plus lourdement les honoraires des médecins qui ont refusé l'accord que ceux qui ne l'ont accepté que partiellement ».

A.30. Enfin, à la dixième branche, il est allégué que les dispositions mentionnées au moyen sont violées

« en ce que l'acte attaqué impose le respect de tarifs maximaux dans la pratique médicale hospitalière;

alors que, ce faisant, la législation belge favorise la pratique médicale belge en interdisant aux dispensateurs de soins pratiquant dans les hôpitaux du Pays d'autres tarifs que ceux imposés; que ceci est contraire aux dispositions du traité instituant la Communauté européenne, en ses dispositions visées au moyen, dès lors que ces prix maximaux faussent la concurrence entre les prestataires belges et les autres prestataires de soins pratiquant en milieu hospitalier installés et pratiquant dans les autres Etats de la Communauté ».

Il est également demandé qu'en vertu de l'article 234 (ancien article 177) du Traité instituant les Communautés européennes, la question suivante soit posée à la Cour de justice des Communautés européennes :

« L'article 3 g) combiné aux articles 4 (ex article 3A), 10 (ex article 5) et 81 (ex article 85) du Traité instituant la Communauté européenne, doivent-ils être interprétés en ce sens qu'ils interdisent qu'une disposition nationale, l'article 50bis de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire maladie invalidité, tel que modifié par l'article 121 de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales, impose des prix maximaux d'honoraires à respecter pour des actes médicaux posés en milieu hospitalier ? »

Position du Conseil des ministres

Quant au premier moyen

A.31. Le Conseil des ministres répond que l'article 5, § 1er, I, 1^o, de la loi spéciale du 8 août 1980 attribue aux communautés la compétence en matière de politique de santé, sous réserve des exceptions qu'il détermine, qu'il ressort des travaux préparatoires que la réglementation de l'exercice de l'art de guérir et des professions médicales ne relève pas des matières concernant la politique de santé et que c'est au législateur fédéral qu'incombe le soin de fixer les objectifs en matière de sécurité sociale, ce qui implique celui de garantir la transparence et la sécurité des prix, en excluant dans les hypothèses où les facultés d'analyse et de compréhension du patient sont affaiblies tout supplément d'honoraires par rapport au tarif AMI. Il invoque aussi la compétence de l'Etat fédéral en matière de politique des prix (article 6, § 1er, VI, de la loi spéciale du 8 août 1980), ainsi qu'en matière de politique de protection du consommateur (article 6, § 1er, VI, alinéa 4, 2^o).

Quant au second moyen

A.32. Sur la première branche, le Conseil des ministres rappelle l'objectif de transparence et de sécurité tarifaire poursuivi par le législateur et souligne que les services concernés sont ceux où les prestations généralement les plus onéreuses sont accomplies et qu'ils supposent une urgence ou une diminution possible des capacités d'appréciation du patient qui n'exclut d'ailleurs pas l'urgence. Il fait état d'une enquête effectuée par un magazine de mutuelles qui a révélé que, sur 178 hôpitaux, 31 postulent des suppléments en cas d'hospitalisation en chambre commune, 50 en cas d'hospitalisation dans une chambre à deux lits et 172 en cas d'hospitalisation en chambre particulière. Dans cette dernière hypothèse, 116 hôpitaux réclament des suppléments équivalents à 100 p.c. du tarif AMI, 21, un supplément de 101 à 200 p.c., 18, un supplément de 201 à 300 p.c., 6 des suppléments de plus de 300 p.c.

Il estime que le législateur a pu lutter contre des situations d'endettement hospitalier de personnes mal ou non informées à qui des suppléments sont réclamés alors que, dans les conditions même de l'accord du 20 juin 1988, elles se verraient infliger ces suppléments dès lors qu'elles perçoivent plus de 1.040.000 francs brut ou, s'agissant d'un ménage, 1.560.000 francs brut, augmentés de 52.000 francs brut par personne à charge.

A.33. Sur la deuxième branche, le Conseil des ministres rappelle que le législateur, poursuivant son objectif de transparence et de sécurité tarifaire, tient compte de l'activité essentiellement médicale en milieu hospitalier et du fait que les suppléments postulés le sont à titre d'honoraires médicaux. Il souligne que l'article 44, §5, de la loi AMI limite déjà les possibilités de supplément en cas d'hospitalisation aux seuls patients séjournant dans une chambre particulière.

A.34. Sur la troisième branche, le Conseil des ministres estime que le législateur a pu considérer que, dans toutes les hypothèses, qu'il y ait ou non convention, où un enfant est hospitalisé, le désir légitime d'un parent de l'accompagner ne peut être pleinement réalisé qu'en chambre particulière.

A.35. Sur la quatrième branche, le Conseil des ministres estime que les hypothèses où des prestations, exécutées à l'hôpital dans un service de garde ou de soins intensifs, peuvent l'être aussi en dehors de l'hôpital,

sont statistiquement et financièrement marginales pour le budget des ménages, de telle sorte que la différence de traitement, indirectement établie, serait justifiée.

A.36. Sur la cinquième branche, le Conseil des ministres déclare ne pas apercevoir en quoi le droit de négociation collective serait violé et il cite d'autres dispositions qui mettent en œuvre des mécanismes de négociation et de décision réservés aux médecins.

A.37. Sur la sixième branche, le Conseil des ministres rappelle l'ensemble des objectifs poursuivis et il souligne que ceux-ci le sont non seulement à l'égard des plus démunis mais aussi des nombreuses familles qui, sans être nécessiteuses, ne disposent pas de revenus leur permettant de faire face aux suppléments d'honoraires demandés alors que l'information à leur sujet est déficiente.

A.38. Sur la septième branche, le Conseil des ministres constate l'absence de comparaison si ce n'est par rapport à l'ensemble de la population active. Il ajoute que l'article 23, alinéa 3, 1^o, de la Constitution n'a pas envisagé la situation des médecins, lesquels restent libres de fixer leurs honoraires dans les autres cas que ceux visés par les dispositions attaquées. Il conteste l'affirmation selon laquelle bon nombre de prestations médicales donneraient lieu à un remboursement AMI inférieur à une rémunération équitable.

A.39. Sur la huitième branche, le Conseil des ministres fait valoir que la différence alléguée provient non des dispositions attaquées mais des articles 1, 114 et 139*bis* de la loi sur les hôpitaux.

A.40. Sur la neuvième branche, le Conseil des ministres rappelle que les accords médico-mutualistes conclus depuis 1988 interdisent des suppléments d'honoraires en cas d'hospitalisation en salle commune, en chambre à deux lits ou en chambre particulière lorsque le patient y est admis pour des raisons médicales. Il estime que l'article 50*bis*, § 2, ne pourrait être interprété comme permettant l'application de l'accord indépendamment des conditions prévues au point H de l'accord du 20 juin 1998.

Il ajoute que, compte tenu des mesures entreprises, les adhésions partielles seront sans doute moindres, leur intérêt n'apparaissant plus de manière évidente. L'objectif de transparence sera dès lors atteint.

A.41. Sur la dixième branche, le Conseil des ministres observe que, à supposer que les hôpitaux puissent être considérés comme des entreprises à caractère économique, au sens de l'article 81, anciennement 85, du Traité C.E., il conviendrait d'examiner en quoi la fixation d'un tarif maximal dans les hypothèses envisagées permettrait de les considérer comme des associations d'entreprises. Il ajoute, se fondant sur la jurisprudence de la Cour de justice des Communautés européennes, que lorsque les tarifs fixés pour une profession libérale le sont en vertu de la loi et en tenant compte de l'intérêt général, de celui des entreprises appartenant à d'autres secteurs et de celui des usagers, ces tarifs ne sont pas contraires à l'article 81. L'article 81 vise d'ailleurs le comportement des entreprises, non les mesures législatives, sauf si un Etat favorise la conclusion d'ententes contraires à l'article 81 ou dans d'autres hypothèses mais qui sont inexistantes en l'espèce, puisque ce n'est pas la présence d'un barème instauré par la loi qui est en cause mais la fixation d'un tarif maximum et non minimum applicable dans quelques cas.

Il fait observer que les exceptions prévues à l'ancien article 36 du Traité doivent pouvoir être appliquées par analogie à l'ancien article 85. Il invoque également les articles 129 et 129, paragraphe 1, anciens du Traité.

Il conclut qu'il n'y a pas lieu d'interroger la Cour de justice des Communautés européennes.

Réponse des requérants

Quant au premier moyen

A.42. Les requérants répondent que les mesures critiquées concernent les honoraires qui sont à charge du patient ou de son assureur privé et que le législateur fédéral ne peut donc se fonder sur sa compétence en matière

de sécurité sociale pour les régler, d'autant que cette compétence ne lui est laissée que par voie d'exception et qu'il convient de l'interpréter strictement.

Ils contestent que les dispositions en cause aient été prises dans le cadre des compétences fédérales qui font l'objet de l'arrêté royal n° 78, qu'elles n'ont d'ailleurs ni modifié ni complété. Ils contestent également que puissent être invoquées les compétences fédérales en matière de politique des prix et de protection des consommateurs et rappellent l'arrêt n° 22/93 de la Cour qui a admis que les accords médico-mutualistes relèvent de la compétence des communautés en matière de politique de santé.

Quant au second moyen

A.43. Sur la première branche, les requérants contestent que le régime critiqué existât déjà en vertu de l'article 138, §3, de la loi sur les hôpitaux, qui a une portée différente puisqu'elle suppose l'existence d'un accord médico-mutualiste, alors que la disposition attaquée s'applique en l'absence de convention.

Ils contestent que l'objectif de transparence et de sécurité tarifaire puisse tout justifier et soulignent la disproportion manifeste entre les mesures adoptées et cet objectif.

A.44. Sur la deuxième branche, les requérants font valoir que la référence qui est faite par le Conseil des ministres à l'article 44, § 5, de la loi du 14 juillet 1994 est irrelevante, cet article étant étranger à la critique selon laquelle, en milieu hospitalier, les médecins sont traités différemment des autres prestataires de soins.

A.45. Sur la troisième branche, les requérants contestent que les enfants ne soient pas hospitalisés en chambre seule pour des raisons de sécurité. Ils donnent des exemples qui démontreraient le contraire.

A.46. Sur la quatrième branche, les requérants prennent acte de ce que le législateur a oublié les prestations effectuées en milieu ambulatoire et ils contestent que ces prestations aient un caractère statistiquement marginal, invoquant l'article 78quinquies de la loi sur les hôpitaux.

A.47. Sur la cinquième branche, les requérants estiment que ne repose sur aucun critère raisonnable et objectif la différence entre les procédures de détermination des honoraires selon qu'ils sont demandés pour une hospitalisation en chambre seule, à la demande du patient et sans que son traitement l'exige, ou pour une hospitalisation en chambre commune ou à deux lits, ou en chambre seule pour raisons médicales. La différence ne peut être justifiée par la circonstance que, dans le premier cas, l'arrêté royal doit être délibéré en Conseil des ministres.

A.48. Sur la sixième branche, les requérants maintiennent que les dispositions attaquées rendent l'accès aux soins de santé moins onéreux pour les personnes à revenus aisés, sans que ces mesures n'assurent un meilleur accès aux soins de santé pour les personnes à revenus faibles. Ils soulignent un effet pervers des nouvelles mesures qui confirme leur argument.

A.49. Sur la septième branche, les requérants donnent de nombreux exemples dont ils déduisent que la nomenclature des prestations de santé ne fixe pas une valeur correspondant à une rémunération équitable des prestations fournies. Ils en concluent qu'en assimilant les honoraires pouvant être demandés pour une prestation médicale à la base de remboursement prise en compte pour l'intervention AMI, le législateur méconnaît les dispositions visées au moyen.

Ils estiment que rien ne peut justifier que les médecins soient exclus du champ d'application de l'article 23 de la Constitution et considèrent qu'ils peuvent être comparés à toute autre personne qui travaille et qui a droit à une rémunération équitable.

A.50. Sur la huitième branche, les requérants confirment que, selon eux, la discrimination qu'ils dénoncent provient des dispositions attaquées et n'existait pas auparavant.

A.51. Sur la neuvième branche, les requérants maintiennent que les dispositions attaquées rompent unilatéralement l'équilibre atteint par l'accord du 15 décembre 1998, qui renvoie lui-même à celui du 20 juin 1988. Ils ajoutent que les médecins qui avaient refusé de souscrire à l'accord se voient imposer le respect de celui-ci, alors que ceux qui n'ont opté que pour un conventionnement partiel bénéficient en partie d'une liberté de fixation de leurs honoraires, cette différence de traitement n'étant en rien justifiée. Quant à l'objectif de transparence, ils estiment qu'il est atteint dans la mesure où les montants remboursés par l'assurance maladie-invalidité sont établis par l'autorité et connus de tous. Ils ajoutent que les suppléments d'honoraires ne sont pas de nature à brouiller cette transparence puisqu'ils sont discutés entre le médecin et le patient, sans que cela n'intervienne dans la tarification des remboursements AMI.

A.52. Sur la dixième branche, les requérants répondent que les mesures en cause entrent dans le champ d'application de l'article 81 du Traité, même s'il s'agit d'une mesure législative ou réglementaire, dès lors qu'elle reprend à son compte les éléments d'accords intervenus entre opérateurs économiques et qu'elle en rend le respect obligatoire pour tous, ce qui est le cas en l'espèce.

Ils estiment indifférent que les dispositions critiquées fixent des tarifs maxima et non minima, une atteinte à la liberté de prix étant, en principe, restrictive de concurrence.

Ils contestent la pertinence de l'argument tiré de l'intérêt général, à la lumière de la jurisprudence de la Cour de justice, qu'ils analysent.

Enfin, ils ajoutent que l'ancien article 36 du Traité n'est applicable qu'aux anciens articles 30 à 34. La jurisprudence citée par le Conseil des ministres serait relative à la problématique de la libre circulation, non à celle de la concurrence, le seul régime dérogatoire étant celui prévu par l'article 81, paragraphe 3, ou par des règlements d'exemption par catégorie.

Affaires n^{os} 1752 et 1759

Position des parties requérantes

Quant au premier moyen

A.53. Le moyen est pris de la violation des articles 1er, 2, 33 et 129 de la Constitution, 1er et 5 de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles et du principe général de proportionnalité dans l'exercice des compétences, en ce que les dispositions attaquées ont pour objet de réglementer les honoraires médicaux en milieu hospitalier, en vue de favoriser la sécurité tarifaire, la qualité des soins de santé et leur accessibilité, en particulier pour les catégories de la population les plus vulnérables, alors qu'une telle réglementation ressortit à la compétence des communautés.

Les développements du moyen rejoignent ceux qui sont exposés en A.19.

Quant au deuxième moyen

A.54. Le deuxième moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec ses articles 16 et 23, avec l'article 1er du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, avec les articles 15 à 18 de l'arrêté royal n° 78, avec l'article 23 de la loi coordonnée du 7 août 1987 sur les hôpitaux, avec l'article 50 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, avec les principes généraux de proportionnalité et de sécurité juridique,

en ce que l'article 121 attaqué prévoit, dans certains cas, un plafonnement des honoraires médicaux dans l'hypothèse où aucun accord médico-mutualiste n'est conclu, en ce qu'il prévoit également un plafonnement dans l'hypothèse où un tel accord est conclu, en ce qu'il permet au Roi de fixer les honoraires maximums et

suppléments d'honoraires maximums pouvant être réclamés aux patients admis en chambre particulière à leur demande expresse et sans que leur traitement l'exige et en ce que l'article 122 fixe au 1er décembre 1998 la date d'entrée en vigueur de l'article 121, ces dispositions créant des discriminations en se fondant sur un critère qui n'est pas objectif et raisonnable (alinéa 1er) ou qui est disproportionné par rapport aux objectifs poursuivis (alinéa 2).

A.55. La première branche décrit les discriminations dont seraient victimes les médecins exerçant leurs activités dans les hôpitaux, les spécialistes par rapport aux généralistes, les médecins hospitaliers par rapport aux professions paramédicales rémunérées au moyen d'honoraires et travaillant dans le même type d'établissement, les médecins travaillant dans des hôpitaux privés par rapport à ceux qui travaillent dans des hôpitaux publics et, enfin, les médecins hospitaliers par rapport aux autres professions libérales.

A.56. La deuxième branche dénonce une discrimination au détriment des hôpitaux privés par rapport aux hôpitaux publics.

A.57. La troisième branche fait état d'une discrimination au détriment des patients soignés à l'extérieur des établissements hospitaliers, au bénéfice des patients admis dans les services d'urgence ou de soins intensifs, au détriment des enfants non accompagnés, qui peuvent être plus vulnérables que ceux qui sont accompagnés d'un parent, et enfin au détriment de patients accompagnés, autres que des enfants, tels que les personnes âgées ou les conjoints.

A.58. Le moyen, en sa quatrième branche, reproche aux dispositions attaquées d'être disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi, en ce que cet objectif est largement atteint depuis 1995 tant à l'égard des VIPO (veuves, invalides, pensionnés et orphelins) que des autres catégories moins aisées de la population, en ce que ces dispositions aboutissent à ce que ces dernières catégories ne paient pas moins, le système de la convention leur garantissant déjà l'accès aux soins en milieu hospitalier aux tarifs AMI, en ce que leur seul effet sera de rendre plus accessible l'hôtellerie, non les soins de santé eux-mêmes, en ce que le budget des hôpitaux et donc la qualité des soins vont diminuer puisque les patients les plus riches paieront moins et, enfin, en ce qu'elles portent atteinte au principe selon lequel chaque médecin est libre de s'engager à respecter ou non la convention médico-mutualiste, vidant ainsi le système de l'essentiel de son contenu.

Quant au troisième moyen

A.59. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec ses articles 16 et 23, l'article 1er du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, les articles 6 et 8 de la loi du 10 décembre 1997 visant la réorganisation des soins de santé, l'article 2 de la loi du 16 avril 1998 portant modification de l'arrêté royal n° 78, ainsi que les principes généraux de proportionnalité et de sécurité juridique.

A.60. Les requérants reprochent aux dispositions attaquées d'avoir été prises sans concertation préalable avec les médecins, alors que la question devait être négociée au sein des comités de concertation créés sur la base de l'article 8 de la loi du 10 décembre 1997, portant une atteinte discriminatoire au droit des médecins à la rémunération, ainsi qu'à leur droit de propriété.

Quant au quatrième moyen

A.61. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec les articles 3, g), (ancien article 5) et 81 (ancien article 85) du Traité instituant la Communauté européenne, en ce que les dispositions entreprises portent une atteinte discriminatoire aux règles européennes de la concurrence contenues dans les articles précités.

Quant au cinquième moyen

A.62. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec les articles 3, 6, 10, 49, 50, 51, 52, 53, 54 et 55 du Traité instituant les Communautés européennes en ce que les dispositions attaquées plafonnent les honoraires des médecins en milieu hospitalier, empêchant ainsi le médecin de l'Union

européenne qui n'est pas installé en Belgique de trouver un quelconque bénéfice économique à dispenser des soins dans un hôpital belge puisque, tout en pratiquant le prix de la convention, il devra amortir tous les frais qui sont notamment liés à son déplacement.

Position du Conseil des ministres

Quant au premier moyen

A.63. Le Conseil des ministres s'en réfère aux arguments développés en réponse au premier moyen du recours n° 1748 (A.31).

Quant au deuxième moyen

A.64. Sur la première branche, le Conseil des ministres s'en remet aux arguments développés dans l'affaire n° 1748 en réponse à diverses branches du second moyen.

A.65. Il en est de même en ce qui concerne la deuxième branche. Le Conseil des ministres ajoute qu'aucun élément statistique ou mathématique ne démontre qu'en raison de la diminution des honoraires des médecins hospitaliers, les hôpitaux privés n'auraient aucune certitude de parvenir à l'équilibre budgétaire. Il observe que les médecins hospitaliers sont atteints de la même manière, dans les hôpitaux publics ou privés, les recettes y étant semblablement diminuées. A supposer qu'elle existe, une discrimination proviendrait des articles 109, 110, 139bis et 140 de la loi sur les hôpitaux. Ces différences sont, en outre, justifiées par la nature et la mission des hôpitaux créés par les centres publics d'aide sociale.

A.66. Au sujet de la troisième branche, le Conseil des ministres se réfère aux arguments développés lors de l'examen du second moyen, première, deuxième et troisième branches, dans l'affaire n° 1748.

Il ajoute que les hypothèses de personnes âgées ou mariées, accompagnées d'un parent ou de leur conjoint à l'occasion de leur hospitalisation constituent des hypothèses rares et qu'il n'appartient pas à la Cour de se substituer au législateur pour décider que ces hypothèses devraient être également visées dans les dispositions entreprises.

A.67. Sur la quatrième branche, le Conseil des ministres rappelle que l'objectif poursuivi est celui de la transparence et de la sécurité tarifaire effective, l'accessibilité aux soins n'en étant que la conséquence. Il analyse l'accord national médico-mutualiste du 20 juin 1988 et en déduit qu'il est faux d'affirmer qu'en cas d'hospitalisation, seule celle réalisée en chambre commune par un bénéficiaire disposant de revenus inférieurs aux plafonds fixés permettrait de bénéficier des tarifs négociés. Il considère que si l'accès au tarif AMI pour les bénéficiaires VIPO est réalisé depuis 1995, le système critiqué renforce la protection à l'égard de l'ensemble des bénéficiaires à bas revenus, qui n'appartiennent pas tous à la catégorie des VIPO. Il rappelle la jurisprudence de la Cour dans la matière de la sécurité sociale et les limites de son contrôle de proportionnalité. Il conteste que les dispositions attaquées établissent une discrimination positive, la préoccupation étant de protéger l'ensemble des personnes à faibles revenus. Il répète que l'article 138 de la loi sur les hôpitaux, combiné avec les dispositions de la convention médico-mutualiste, garantissait déjà la pratique d'honoraires au tarif AMI, en cas d'hospitalisation en salle commune ou en chambre à deux lits. Il rejette l'affirmation selon laquelle les médecins hospitaliers pratiqueraient moins bien leur art en raison des dispositions en cause et souligne que la liberté d'adhérer ou non n'a pas été modifiée.

Quant au troisième moyen

A.68. Le Conseil des ministres se réfère à l'argumentation développée en réponse au deuxième moyen, quatrième branche, dans l'affaire n° 1748 et rappelle le texte de l'article 8 de la loi du 10 décembre 1997 visant la réorganisation des soins de santé.

Quant au quatrième moyen

A.69. Le Conseil des ministres se réfère à la réponse qu'il a donnée au second moyen, dernière branche, dans le recours n° 1748 et souligne le caractère de pétition de principe de l'affirmation selon laquelle les honoraires médicaux pratiqués en Belgique seraient particulièrement bas par rapport aux autres pays membres de la Communauté.

Quant au cinquième moyen

A.70. Le Conseil des ministres répond que les dispositions entreprises n'imposent aucune condition pour l'exercice, en Belgique, de la pratique médicale, qu'elles ne portent pas atteinte à la libre circulation des personnes et des services et qu'il n'est pas fait état d'un ralentissement significatif de l'installation en Belgique de médecins hospitaliers de l'Union européenne ni d'un exode de médecins hospitaliers belges vers l'étranger.

Réponse des parties requérantes

Quant au premier moyen

A.71. Les parties requérantes répondent que les dispositions entreprises touchent à la rémunération des médecins et concernent les rapports entre le dispensateur de soins et son bénéficiaire et non l'assureur et le système d'assurance maladie-invalidité. Elles contestent que la législation relative à celle-ci ait régi ces rapports, la confusion entre les deux chefs de compétence provenant de ce qu'en 1963, avant l'existence des communautés, les médecins ont accepté qu'une partie d'entre eux fassent correspondre leurs tarifs avec les règles établies en matière de remboursement. Elles rappellent le caractère d'exception de la compétence fédérale en matière de politique de santé et citent l'arrêt n° 83/98 de la Cour, la tarification des actes n'entrant pas dans cette compétence, ce que confirme la loi du 29 avril 1999, dans laquelle le législateur s'est abstenu de régler la tarification des prestations.

Elles contestent que la transparence et la sécurité tarifaire constituent des objectifs de sécurité sociale et estiment que la tarification des honoraires ne relève ni de la politique des prix ni de la protection des consommateurs.

Quant au deuxième moyen

A.72. En ce qui concerne la discrimination alléguée entre médecins, les parties requérantes soulignent que le Conseil des ministres n'établit pas que la sécurité tarifaire et la transparence seraient mieux assurées dans la médecine ambulatoire, alors qu'aucune règle n'y existe, et elles critiquent la méthode qui consiste à se fonder sur des sondages effectués par des groupes de pression ou des organismes assureurs.

Elles reprochent au Conseil des ministres de ne pas démontrer la part respective des actes médicaux et paramédicaux en milieu hospitalier et estiment que si c'est celui-ci qui génère le « déficit informationnel », il n'est pas justifié d'atteindre, par les mesures critiquées, les médecins, à l'exclusion des professions paramédicales ou des pratiques médicales conventionnelles.

Pour le surplus, leur argumentation rejoint celle des parties requérantes dans l'affaire n° 1748.

A.73. En ce qui concerne la discrimination alléguée entre hôpitaux, les parties requérantes redisent que ce sont les dispositions attaquées qui les créent et non la loi sur les hôpitaux. Elles affirment que les hôpitaux privés ne peuvent attendre d'être mis en faillite pour dénoncer les effets des dispositions attaquées et soulignent qu'il n'est pas répondu à l'argument selon lequel, pour surmonter leurs difficultés financières, certains hôpitaux pourront faire appel aux pouvoirs publics, d'autres non. Elles estiment qu'à partir du moment où les hôpitaux privés, qui ne sont pas subventionnés par les pouvoirs publics, ne peuvent plus facturer des suppléments d'honoraires, c'est le financement et l'équilibre du système qui sont affectés. Elles estiment que la faculté laissée aux bénéficiaires de l'assurance de s'adresser à l'établissement de leur choix est annihilée puisque l'existence des hôpitaux privés est remise en cause.

A.74. En ce qui concerne la discrimination entre patients, les parties requérantes mettent en doute l'existence du « déficit informationnel » et surtout son imputation au milieu hospitalier; elles soulignent que 70 à 80 p.c. des cas qui se présentent aux urgences n'en sont pas et qu'il est indifférent qu'une partie de la discrimination existât déjà auparavant. Elles rappellent que des enfants sont hospitalisés en chambre particulière même lorsqu'ils ne sont pas accompagnés et maintiennent qu'il n'est pas moins fréquent que des adultes soient accompagnés.

A.75. En ce qui concerne les dispositions qu'elles dénoncent, les parties requérantes maintiennent leur argumentation et précisent que la diminution des moyens financiers limitera nécessairement la possibilité d'user de certaines techniques médicales, qui ne pourront plus être amorties ou payées. Elles soulignent l'inadéquation entre les mesures attaquées et l'objectif de sécurité et de transparence tarifaires.

Quant au troisième moyen

A.76. Les parties requérantes ajoutent à leur argumentation que l'absence de concertation est d'autant plus inadmissible que les dispositions entreprises ne prévoient elles-mêmes aucun mode de concertation qui inclurait les médecins.

Quant au quatrième moyen

A.77. Les parties requérantes maintiennent que le fait d'établir des tarifs maxima est restrictif de concurrence.

Quant au cinquième moyen

A.78. Les parties requérantes font observer que ce n'est pas à elles qu'il appartient de prouver les flux migratoires des médecins au sein de l'Union européenne alors que l'Etat belge dispose des instruments adéquats pour le faire.

- B -

Quant aux dispositions liées aux dispositions attaquées

B.1. En vertu de l'article 15 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967, qui est relatif à l'exercice de l'art de guérir, les médecins ont droit, dans le respect des règles de la déontologie, à des honoraires ou des rémunérations forfaitaires, pour les prestations qu'ils ont fournies. L'alinéa 2 du même article consacre le principe de la libre fixation des honoraires des médecins, sous réserve de la compétence, en cas de contestation, de l'Ordre dont ils relèvent ou des tribunaux. Cette liberté s'exerce «sans préjudice de l'application des taux éventuellement fixés par ou en vertu de la loi ou prévus par des statuts ou des conventions auxquelles les praticiens ont adhéré ».

L'article 50, § 6, alinéa 2, *in fine*, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dénommée ci-après loi relative à l'assurance soins de santé, dispose que le médecin détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature.

B.2. L'article 35, § 1er, de la loi relative à l'assurance soins de santé autorise le Roi à établir la nomenclature qui énumère les prestations de santé, qui en fixe la valeur relative et qui précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'entre elles. Le paragraphe 2 détermine la procédure que le Roi doit observer lorsqu'Il modifie la nomenclature.

B.3. L'article 50 de la même loi dispose que les rapports entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les organismes assureurs sont régis par des accords (§ 1er). Ces accords sont conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste que la loi organise (§§ 2 à 5). Ils fixent notamment les honoraires qui doivent être respectés vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance par les médecins qui sont réputés avoir adhéré aux accords (§ 6).

B.4. L'article 35, § 1er, alinéa 3, de la loi relative à l'assurance soins de santé oblige les médecins, dans le cadre d'un service de garde organisé, même s'ils n'ont pas adhéré aux accords précités, à respecter les honoraires maximums à l'égard de certaines catégories de patients.

L'article 138, § 3, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 8 août 1987, tel qu'il était en vigueur lors de l'adoption des dispositions attaquées, obligeait le conseil médical de l'hôpital à garantir que les malades admis en salle commune ou en chambre à deux lits puissent être soignés aux tarifs prévus par les accords.

B.5. Enfin, l'article 139 de la loi sur les hôpitaux organise l'information des patients en obligeant le gestionnaire de l'hôpital à leur permettre de consulter la liste mentionnant les tarifs de l'engagement ainsi que les noms des médecins hospitaliers qui se sont engagés à les

appliquer et de ceux qui ne s'y sont pas engagés. L'arrêté royal d'application du 3 octobre 1991 détermine les règles relatives à la communication aux patients des suppléments qui peuvent leur être demandés.

Quant à la genèse des dispositions attaquées

B.6. Par l'article 99 de la loi du 22 février 1998 portant des dispositions sociales, le législateur a introduit une première fois dans la loi relative à l'assurance soins de santé un article 50bis selon lequel, dans quatre hypothèses qui sont les mêmes que celles inscrites au paragraphe 1er du nouvel article 50bis introduit par les dispositions attaquées, les tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance constituent les honoraires maximums pouvant être réclamés. Cette limitation était applicable « que le médecin adhère ou non à un accord visé à l'article 50 ».

B.7. Cette disposition a pour origine deux propositions de loi. L'une voulait lutter contre la fixation libre des suppléments pour les patients hospitalisés en chambre particulière, au motif que ces suppléments varient considérablement d'un hôpital à l'autre alors que des critères objectifs ne justifient pas toujours ces différences et alors que le patient est placé devant le fait accompli puisqu'en général, il ne choisit pas « librement » son hôpital. La proposition voulait assurer « la sécurité en matière de tarifs » (*Doc. parl.*, Chambre, 1996-1997, n° 977/1).

La seconde soulignait « l'objectif essentiel de garantir l'accès aux soins de santé, en particulier pour les groupes socialement fragiles » et celui « de garantir que les soins de santé de haute qualité soient financièrement abordables ». Elle estimait que « l'accessibilité des soins de santé reste menacée, parce qu'en cas d'hospitalisation, des suppléments de toutes sortes peuvent être demandés en plus du ticket modérateur ». Elle citait une étude selon laquelle, « pour un traitement identique, le patient peut être amené à déboursier 33 fois plus s'il est soigné dans tel hôpital plutôt que dans tel autre ». La même étude soulignait que « les suppléments facturés peuvent atteindre le décuple du tarif de l'engagement » (*Doc. parl.*, Chambre, 1996-1997, n° 982/1).

B.8. Des dispositions ayant le même objectif furent introduites dans le projet de loi portant des dispositions sociales. Au cours des débats parlementaires, la ministre compétente insista sur « l'importance de la sécurité tarifaire », soulignant que « la diminution autoritaire et arbitraire des prestations de 2 et de 3 p.c. à laquelle le Gouvernement a dû se résoudre en 1997 afin de limiter les dépenses a donné au corps médical l'occasion et le prétexte de dénoncer la rupture de contrat ». Elle ajoutait que, contre toute attente, les partenaires étaient parvenus à conclure un accord médico-mutualiste et que « la préoccupation du Gouvernement dans ce contexte inattendu est de ne donner à personne un quelconque prétexte de faire voler en éclats la sécurité tarifaire que l'on vient de retrouver, afin de pouvoir d'abord entamer ainsi la procédure d'adhésion à l'accord médico-mutualiste » (*Doc. parl.*, Chambre, 1996-1997, n° 1184/14, pp. 35 et 36).

B.9. Introduit dans la loi relative à l'assurance soins de santé par la loi du 22 février 1998 portant des dispositions sociales, l'article 50*bis* fut remplacé par la disposition attaquée de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales, son entrée en vigueur étant fixée à la même date que l'ancien article 50*bis* : le 1er décembre 1998.

B.10. La nouvelle disposition de l'article 50*bis* contient essentiellement trois sortes de mesures :

1. S'il n'y a pas d'accord médico-mutualiste, les honoraires ne peuvent dépasser l'intervention de l'assurance dans quatre hypothèses, à savoir si les soins sont dispensés :

a) dans un service de garde organisé,

b) dans un service de soins intensifs,

c) en salle commune, ou à deux lits, ou en chambre particulière si le patient a demandé à y être admis pour des raisons médicales,

d) à des enfants hospitalisés avec un parent accompagnateur.

2. S'il existe un accord, le même maximum est imposé à tous les médecins, conventionnés ou non, dans les hypothèses mentionnées en a), b) et d). Dans les hypothèses décrites en c), le Roi rend obligatoires les honoraires résultant de l'accord, et ce jusqu'au 31 décembre 1999, et, éventuellement, à partir du 1er janvier 2000, après avis de la Commission nationale médico-mutualiste.

3. Le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les honoraires maximums et les suppléments qui peuvent être réclamés par des médecins, conventionnés ou non, à des patients admis en chambre particulière, à leur demande expresse et sans que leur traitement l'exige.

Le texte provient d'un amendement déposé par les auteurs des propositions de loi mentionnées en B.7 (*Doc. parl.*, Chambre, 1997-1998, n° 1722/11, p. 5). Il fut combattu notamment par un amendement soulignant que, désormais, le système des accords perdait tout son sens pour les médecins travaillant en milieu hospitalier. Il fut répété que le texte en projet risquait de provoquer des problèmes financiers dans le secteur hospitalier et il fut rappelé que les accords avaient toujours réservé les tarifs sociaux « aux personnes aux revenus faibles et moyens » (*Doc. parl.*, Chambre, 1997-1998, n° 1722/6, p. 4).

B.11. Il ressort de l'ensemble des documents préparatoires qui ont conduit à l'adoption des mesures attaquées que le législateur a voulu maintenir le système des accords entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et des dentistes, d'une part, et des organismes assureurs, d'autre part, tel que le règle l'article 50 de la loi relative à l'assurance soins de santé, et qu'il y a ajouté des dispositions qui visent à assurer la sécurité tarifaire à l'égard de tous les bénéficiaires et de tous les médecins, dans les quatre situations visées aux paragraphes 1er et 2 et dans la situation visée au paragraphe 3 de l'article 50bis attaqué.

Quant aux moyens pris de la violation des règles répartitrices de compétences

B.12. Aux termes de l'article 5, § 1er, I, 1°, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, les communautés sont compétentes, en ce qui concerne la politique de la santé, en matière de « politique de dispensation de soins dans et au dehors des institutions de soins », à l'exception des matières énumérées de a) à g). Parmi ces exceptions figure l'assurance maladie-invalidité (c). Cette matière relève donc de la seule compétence des autorités fédérales.

B.13. Les dispositions attaquées traitent essentiellement du champ d'application des accords conclus entre les organisations professionnelles et les organismes d'assurance, tels qu'ils sont prévus et organisés par l'article 50 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Elles relèvent donc de la matière de l'assurance maladie-invalidité.

B.14. Il est vrai que, en ce qu'elles limitent aux tarifs servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance les honoraires maximums qui peuvent être réclamés, les dispositions entreprises étendent le champ d'application des accords au-delà de ce qui concerne l'assurance maladie elle-même puisqu'elles touchent à la partie des honoraires qui est supportée par le patient lui-même. Il ne s'ensuit pas pour autant qu'elles empièteraient sur la matière de la dispensation de soins, attribuée aux communautés. Elles s'attachent à un aspect essentiel de la relation entre le médecin et le patient en veillant à garantir à celui-ci la « sécurité » des tarifs et leur transparence, indispensables à l'accès aux soins médicaux. Il peut être admis que, en l'espèce, de telles mesures se rattachent à l'exercice de l'art de guérir, qui est resté une compétence fédérale.

B.15. Les moyens pris de la violation des règles répartitrices de compétences ne sont pas fondés.

Sur l'ensemble des moyens qui dénoncent des discriminations incompatibles avec les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec des droits résultant de dispositions de droit interne et de droit international, à l'exception de l'article 23 de la Constitution

B.16. Il ressort des travaux préparatoires des dispositions entreprises que les règles qu'elles contiennent mettent en cause l'équilibre, dans l'organisation fédérale des soins de santé, entre deux objectifs touchant à la matière de l'art de guérir : d'une part, l'accès égal à des soins de santé de qualité et d'un prix abordable, auquel se rattachent la sécurité et la transparence des tarifs et, d'autre part, le souci d'assurer une rétribution équitable aux dispensateurs de soins, en garantissant le maintien de principe de la liberté d'honoraires. Le législateur a concrétisé ce double objectif en favorisant la conclusion de conventions entre les organisations professionnelles et les organismes assureurs. Il a incité les médecins à souscrire aux accords conclus, tout en maintenant, en dehors de ces accords, la liberté de fixation des honoraires.

B.17. Les dispositions attaquées manifestent à la fois la volonté d'accroître le champ d'application des accords en rendant ceux-ci obligatoires pour les médecins qui n'y ont pas adhéré dans des situations que le législateur estime dignes d'intérêt, et d'empêcher, lorsque le patient choisit une hospitalisation en chambre particulière, que la part résiduelle de liberté ne permette la facturation d'honoraires excessifs.

B.18. Il n'est pas douteux que les dispositions entreprises réduisent sensiblement la liberté de fixation des honoraires réclamés par les médecins hospitaliers et qu'elles peuvent aboutir à freiner les investissements des hôpitaux en matière d'équipement technologique. Les critiques émises à ce sujet par les parties requérantes se fondent sur une analyse pertinente des effets que ces dispositions peuvent avoir. Les mesures attaquées traduisent l'intention du législateur de faire prévaloir, dans des hypothèses déterminées, les intérêts des patients sur ceux des médecins.

B.19. La conciliation de pareils intérêts relève du pouvoir d'appréciation du législateur en ce qu'elle suppose des choix politiques qu'il n'appartient pas à la Cour de contrôler.

B.20. La Cour ne pourrait censurer les choix du législateur que s'ils révélaient une différence de traitement injustifiée ou une disproportion entre les moyens utilisés et les objectifs visés.

Quant à l'article 50bis, §§ 1er et 2

B.21. En ce qu'elles réservent, pour une grande part, un traitement identique aux médecins qui ont adhéré aux accords et à ceux qui ont refusé de le faire, les dispositions traitent semblablement des catégories de personnes se trouvant dans des situations essentiellement différentes. De telles mesures sont, en règle, incompatibles avec le principe d'égalité. Elles paraissent d'autant moins justifiables que les médecins dits conventionnés jouissent d'avantages sociaux qui sont refusés aux médecins non conventionnés.

B.22. Toutefois, dès lors que la décision d'adhérer ou non aux conventions est laissée à l'appréciation des médecins et que chacun de ceux-ci peut mesurer librement l'intérêt qu'il a de le faire, les mesures critiquées ne peuvent être tenues, *a priori*, pour discriminatoires. Encore faudra-t-il que la pression que font peser ces mesures sur la liberté de choix des médecins, au point de réduire considérablement leur intérêt à refuser leur adhésion, puisse être raisonnablement justifiée.

B.23. En rendant les limitations critiquées applicables dans les hypothèses visées aux points a) et b) des premier et deuxième paragraphes de l'article 50bis, le législateur a pris une mesure qui est raisonnablement justifiée. Il peut être présumé que les personnes admises dans un service de garde ou de soins intensifs n'ont pas eu la possibilité d'apprécier et de discuter le tarif des soins qui leur sera appliqué.

Il en est de même de l'hypothèse prévue à l'article 50bis, § 1er, c), et à l'article 50bis, § 2, alinéa 2 : il n'est pas déraisonnable de présumer que les patients qui ont demandé à être admis en salle commune ou en chambre à deux lits ne disposent pas des moyens leur permettant de payer des suppléments par rapport au tarif servant de base à l'intervention de

l'assurance ou par rapport aux honoraires qui résultent de l'accord. Il n'est pas davantage injustifié d'étendre cette présomption à l'hypothèse où les patients ont demandé une chambre particulière pour des raisons médicales.

B.24. L'hypothèse visée au point d) de l'article 50*bis*, § 1er, et au point c) de l'article 50, § 2, n'est pas davantage déraisonnable. Le désir, pour un parent, d'accompagner son enfant hospitalisé peut être considéré comme légitime et il est justifié de ne pas alourdir la charge qui pèse sur lui. Le préjudice que peut causer la mesure aux médecins non conventionnés n'est pas manifestement disproportionné.

B.25. Il est vrai également que les mesures en cause aboutissent à traiter différemment les médecins hospitaliers par rapport aux autres médecins, ces mêmes médecins par rapport à d'autres prestataires de soins en milieu hospitalier et certains spécialistes comparés à d'autres spécialistes ou aux médecins généralistes. Il se peut que ces mesures aient des conséquences différentes pour les médecins qui travaillent dans des hôpitaux privés comparés à ceux qui exercent leurs activités dans des hôpitaux publics. Il est évident que les médecins hospitaliers sont traités différemment des personnes qui exercent d'autres professions libérales.

B.26. Les dispositions attaquées ont pour effet de traiter différemment les patients hospitalisés par rapport à ceux qui font appel à la médecine ambulatoire et de traiter les patients admis en chambre particulière autrement que ceux qui le sont en chambre commune ou en chambre à deux lits.

B.27. Il est vraisemblable que les hôpitaux publics pourront plus aisément supporter les conséquences financières des mesures attaquées que les hôpitaux privés.

B.28. Enfin, il n'est pas exclu que les mesures critiquées se révèlent, à l'expérience, avoir des conséquences défavorables sur les revenus des médecins, sur les ressources des hôpitaux, sur la qualité des soins, sur l'équilibre des conventions, voire sur le système des conventions lui-même.

B.29. Toutefois, ni les différences de traitement, ni les effets préjudiciables allégués par les parties requérantes n'établissent dès à présent une erreur manifeste d'appréciation.

B.30.1. Dès lors que le législateur s'attache à garantir l'accès aux soins de santé en améliorant la sécurité et la transparence dans le secteur hospitalier et à éviter les abus qui s'y seraient produits, les mesures qu'il prend ont inévitablement des effets qui ne s'appliquent que dans ce secteur et qu'il serait déraisonnable d'étendre à des secteurs où la nécessité de mesures identiques ne se fait pas sentir de façon comparable.

B.30.2. Quant aux effets disproportionnés qu'auraient les mesures attaquées, les affirmations des requérants s'appuient sur des hypothèses qui ne sont pas dénuées de vraisemblance mais il n'est pas permis de dire avec certitude que ces effets seront d'une ampleur telle qu'ils rendraient les mesures discriminatoires. Il s'agit d'éléments qui doivent faire l'objet d'une évaluation concrète et qui pourront, le cas échéant, motiver des corrections et des suggestions dans le cadre des négociations qui se poursuivent au sein de la Commission nationale médico-mutualiste. La Cour s'immiscerait dans des évaluations budgétaires qui relèvent d'appréciations politiques et elle perturberait les équilibres des négociations paritaires si elle prenait parti sur les conséquences économiques que peuvent avoir les dispositions attaquées.

B.30.3. Enfin, les médecins exercent leur activité dans le secteur de la santé, organisé selon le principe de la mutualisation des risques, et dont le déficit est supporté finalement par la collectivité. De telles particularités ne permettent pas de comparer la détermination de leurs honoraires à ceux de l'ensemble des autres personnes exerçant une profession libérale.

B.31. Les moyens qui allèguent les discriminations et prédécrites ne sont pas fondés.

Quant à l'article 50bis, § 3

B.32. Le paragraphe 3 de l'article 50bis dispose :

« Le Roi peut fixer, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, les honoraires maximums et les suppléments d'honoraires maximums pouvant être réclamés par les

médecins engagés ou non si les soins sont dispensés à des patients qui sont admis en chambre particulière à leur demande expresse et sans que leur traitement l'exige.

Il détermine de la même manière les informations que le médecin ou le gestionnaire de l'hôpital doit fournir aux patients ainsi que les modalités selon lesquelles lesdites informations peuvent être données. »

B.33. Il appartient au législateur, auquel l'article 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution fait obligation de garantir le droit à la protection de la santé, de fixer des honoraires et des suppléments d'honoraires lorsque les procédures de négociation prévues par la loi n'ont pas permis de les déterminer. Le droit à des négociations collectives ne pourrait aller jusqu'à priver l'autorité de son pouvoir de décision lorsque les négociations ne débouchent pas sur un accord.

B.34. La disposition attaquée n'est pas davantage inconciliable avec les règles exprimées à l'article 15 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 qui est relatif à l'art de guérir. L'alinéa 2 de cet article consacre en effet le principe de la liberté de fixation des honoraires, sans préjudice, notamment, de l'application de taux éventuellement fixés « par ou en vertu de la loi ».

B.35. Tel qu'il est libellé, l'article 50*bis*, § 3, traite toutefois de manière égale des personnes qui se trouvent dans des situations essentiellement différentes. D'une part, il impose au Roi de traiter semblablement, sans justification perceptible, les médecins « engagés ou non », malgré les différences mentionnées en B.25. D'autre part, il donne au Roi un pouvoir identique, sans distinguer si des accords ont réglé la question des maximums d'honoraires et de suppléments d'honoraires, alors que, tout au long des travaux préparatoires, l'attachement du Parlement au respect des accords a été répété, de même qu'a été souligné le souhait du Gouvernement de voir les accords comporter des dispositions relatives aux suppléments d'honoraires.

B.36. Il s'ensuit que la disposition comporte deux traitements semblables de personnes différentes sans que le premier fasse l'objet d'une justification admissible et alors que le second est en contradiction avec un des objectifs du législateur.

B.37. L'article 50bis, § 3, doit être annulé.

Quant aux moyens pris de la violation des articles 10 et 11 combinés avec l'article 23 de la Constitution et avec d'autres droits résultant de dispositions de droit interne et de droit international

B.38. L'article 23 de la Constitution dispose :

« Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine.

A cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice.

Ces droits comprennent notamment :

1° le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle dans le cadre d'une politique générale de l'emploi visant entre autres à assurer un niveau d'emploi aussi stable et élevé que possible, le droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables, ainsi que le droit d'information, de consultation et de négociation collective;

[...]. »

B.39. La Cour n'est pas compétente pour vérifier si une disposition législative viole l'article 23 de la Constitution, sauf si cette violation est invoquée en combinaison avec les articles 10 et 11 de la Constitution et s'il apparaît qu'une catégorie de personnes se voit refuser par un législateur, sans justification raisonnable, un des droits reconnus par cette disposition, alors que le même législateur garantirait ce droit à une autre catégorie de personnes qui lui serait comparable.

B.40. Les parties requérantes dans les recours n^{os} 1752 et 1753 reprochent au législateur d'avoir adopté les dispositions attaquées sans négociation préalable au sein des comités de concertation créés en application de la loi du 10 décembre 1997 visant à réorganiser les soins de santé. Elles ajoutent que cette omission a pour effet de porter une atteinte discriminatoire « aux droits à la rémunération ».

B.41. Le contrôle exercé par la Cour au regard des articles 10 et 11 de la Constitution porte sur la compatibilité avec ces articles du contenu d'une disposition législative et non sur le respect de formalités qui seraient imposées en ce qui concerne l'adoption d'une telle disposition.

Le moyen porte non sur le contenu de la loi attaquée mais sur son processus d'élaboration. Il est donc étranger à la compétence de la Cour.

B.42. Les parties requérantes dans l'affaire n° 1748 soutiennent, dans une première branche, que les dispositions attaquées porteraient une atteinte au droit à une rémunération équitable en ce que le tarif servant de base au calcul de l'intervention de l'assurance ne rémunère pas honorablement les prestations médicales en cause. Elles estiment qu'il convient de comparer les médecins hospitaliers «à toute personne qui travaille et qui a droit à une rémunération équitable ». Elles donnent des exemples chiffrés qui établissent, selon elles, que certaines prestations seraient insuffisamment rémunérées.

B.43. La Cour ne peut apprécier si les honoraires médicaux - fixés dans des textes étrangers à sa compétence – correspondent à une rémunération équitable et elle ne peut être amenée à comparer ces honoraires aux rémunérations perçues par l'ensemble de la population..

Le moyen, en sa première branche, ne peut être accueilli.

B.44. Le moyen, en sa deuxième branche, est dirigé contre le troisième paragraphe de l'article 50bis. Il n'y a pas lieu de l'examiner, cette disposition devant être annulée ainsi qu'il est dit en B.37.

Quant au moyen pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec le principe général de la sécurité juridique

B.45. Les parties requérantes dans l'affaire n° 1737 soutiennent qu'en instaurant cinq régimes d'honoraires différents pour la période du 1er décembre 1998 au 31 décembre 1999,

sous réserve du régime applicable à partir du 1er janvier 2000, le législateur aurait nui à l'objectif de sécurité tarifaire et méconnu de manière discriminatoire le principe général de sécurité juridique.

B.46. Le rythme des modifications législatives critiqué par les parties requérantes s'explique par la nécessité dans laquelle s'est trouvé le législateur de faire face à la dénonciation de l'accord médico-mutualiste, par sa préoccupation de tenir compte du nouvel accord conclu et par sa volonté d'en élargir la portée. Ces modifications successives rendent certes difficile l'application des mesures successives mais elles n'établissent pas la discrimination alléguée au moyen.

Quant aux moyens pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec les règles du droit européen de la concurrence

B.47. Dans l'affaire n° 1748, les parties requérantes soutiennent que les dispositions attaquées, en ce qu'elles imposent le respect de tarifs maximums dans la pratique hospitalière, favorisent de manière discriminatoire la pratique médicale belge en interdisant aux dispensateurs de soins pratiquant dans les hôpitaux du pays d'appliquer d'autres tarifs que ceux qui sont imposés, ce qui serait contraire à l'article 3, g), combiné avec les articles 4 (ancien article 3 A), 10 (ancien article 5) et 81 (ancien article 85) du Traité instituant la Communauté européenne.

Elles demandent aussi que soit posée à la Cour de justice des Communautés européennes la question préjudicielle reproduite en A.30.

B.48. Dans les affaires n^{os} 1752 et 1753, les parties requérantes soutiennent qu'en imposant le respect de tarifs maximums d'honoraires dans la pratique médicale hospitalière, les dispositions entreprises portent une atteinte discriminatoire aux règles européennes de la concurrence (quatrième moyen) et qu'elles empêchent le médecin de l'Union européenne qui n'est pas installé en Belgique de trouver un quelconque bénéfice économique au fait de dispenser des soins dans un hôpital belge puisque, tout en pratiquant les prix de la convention, il devra amortir tous les frais qui sont notamment liés à son déplacement (cinquième moyen).

B.49. Les règles de droit communautaire relatives au droit de la concurrence ne sont pas étrangères au principe d'égalité puisque plusieurs d'entre elles ont pour objectif d'éliminer les discriminations incompatibles avec l'exercice des libertés économiques.

Il ne suffit cependant pas d'invoquer une combinaison des principes généraux ou des dispositions particulières du droit communautaire avec les articles 10 et 11 de la Constitution pour amener la Cour d'arbitrage à garantir leur respect.

B.50. Ni l'article 142 de la Constitution ni la loi spéciale du 6 janvier 1989 n'ont conféré à la Cour le pouvoir d'annuler des règles législatives pour violation directe d'une convention internationale.

La Cour excéderait la compétence que le Constituant lui a attribuée si elle décidait que toute violation du droit communautaire implique une violation du principe d'égalité. Elle ne peut tenir compte de ce droit, dans l'exercice de son contrôle, qu'en ce qui concerne les dispositions qui garantissent des droits et libertés, lorsque leur méconnaissance est de nature à affecter une catégorie de personnes déterminée et s'il est précisé en quoi et par rapport à quelle autre catégorie de personnes elle est victime d'un traitement inégal injustifié.

B.51. Les parties requérantes dans l'affaire n° 1748 ainsi que les deuxième et troisième requérants dans l'affaire n° 1752, de même que les deuxième et troisième requérants dans l'affaire n° 1753, sont des médecins exerçant en Belgique dont aucun n'indique qu'il serait de nationalité étrangère. La première partie requérante dans l'affaire n° 1752 est un institut médical établi à Bruxelles. La première partie requérante dans l'affaire n° 1753 groupe les unions professionnelles belges de médecins spécialistes.

B.52. Aucune de ces parties requérantes n'indique en quoi les violations du droit de la concurrence qu'elles allèguent porteraient une atteinte discriminatoire aux droits et libertés de la catégorie de personnes à laquelle elles appartiennent et par rapport à quelle catégorie de personnes comparables elles seraient discriminées.

B.53. Il n'y a lieu ni d'examiner les moyens pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution combinés avec des dispositions du droit européen de la concurrence ni d'interroger la Cour de justice des Communautés européennes.

Par ces motifs,

la Cour

- annule le paragraphe 3 de l'article 50*bis*, introduit dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités par l'article 121 de la loi du 25 janvier 1999 portant des dispositions sociales;

- rejette les recours pour le surplus.

Ainsi prononcé en langue française, en langue néerlandaise et en langue allemande, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage, à l'audience publique du 21 décembre 2000.

Le greffier,

Le président,

L. Potoms

M. Melchior