

Numéro du rôle : 5386
Arrêt n° 165/2012 du 20 décembre 2012

A R R E T

En cause : les questions préjudicielles concernant l'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social et la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, posées par la Cour du travail de Liège.

La Cour constitutionnelle,

composée du juge J.-P. Snappe, faisant fonction de président, du président M. Bossuyt, et des juges E. De Groot, L. Lavrysen, J.-P. Moerman, P. Nihoul et F. Daoût, assistée du greffier F. Meersschaut, présidée par le juge J.-P. Snappe,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

*

* * *

I. *Objet des questions préjudicielles et procédure*

Par arrêt du 17 avril 2012 en cause de P.T. contre l'« Union nationale des Mutualités libres », dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 23 avril 2012, la Cour du travail de Liège a posé les questions préjudicielles suivantes :

1. « L'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la Charte de l'assuré social n'est-il pas incompatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il n'inclut pas parmi les matières de sécurité sociale concernées par la loi les assurances complémentaires devenues obligatoires visées par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités alors qu'il inclut les avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale accordés par les fonds de sécurité d'existence créant ainsi sans justification objective une discrimination entre les bénéficiaires d'avantages complémentaires à la sécurité sociale ? »;

2. « La même disposition ne crée-t-elle pas une discrimination injustifiée entre les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé qui rentrent dans le champ d'application de la Charte et ceux de l'assurance complémentaire qui en sont écartés, alors qu'ils sont pourtant tous affiliés obligatoirement en même temps aux deux régimes auprès de l'organisme assureur de leur choix ? »;

3. « Dans l'hypothèse où une réponse négative serait donnée à chacune des deux premières questions, l'absence dans la loi du 6 août 1990 susvisée de dispositions portant notamment, comme celles figurant dans la Charte de l'assuré social, sur l'obligation d'information et de conseil de l'institution de sécurité sociale, sur la révision, sur la récupération et sur la renonciation à l'indu ne crée-t-elle pas une discrimination entre les affiliés dont les droits, consistant en un avantage complémentaire à la sécurité sociale à charge d'une institution de sécurité sociale, découlent de cette législation et les assurés sociaux concernés par la Charte de l'assuré social, discrimination contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution combinés le cas échéant à l'article 14 de la C.E.D.H. créant par là une lacune non justifiée objectivement et qui pourrait être aisément comblée en complétant la législation déficiente par référence aux dispositions de la Charte de l'assuré social ? ».

Le Conseil des ministres a introduit un mémoire.

A l'audience publique du 13 novembre 2012 :

- a comparu Me C. Pouppez, qui comparaisait également *loco* Me P. Slegers, avocats au barreau de Bruxelles, pour le Conseil des ministres;
- les juges-rapporteurs P. Nihoul et E. De Groot ont fait rapport;
- l'avocat précité a été entendu;
- l'affaire a été mise en délibéré.

Les dispositions de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle relatives à la procédure et à l'emploi des langues ont été appliquées.

II. *Les faits et la procédure antérieure*

Sur recours de P.T. contre un jugement rendu par défaut à son encontre, la Cour du travail de Liège est saisie d'une demande de l'« Union nationale des Mutualités libres » (UNML) en vue d'obtenir la récupération d'un indu pour des remboursements de prestations de logopédie datant de 2007 et 2008, dès lors que les conditions d'intervention de l'assurance complémentaire prévoient, pour la logopédie, que l'intervention n'est accordée qu'à défaut d'intervention dans le cadre de l'assurance obligatoire. L'intervention dans le cadre de l'assurance complémentaire a donc un caractère supplétif. Du fait que l'intervention pour ces prestations a été accordée par la suite en faveur de l'allocataire dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, le complément dû initialement dans le cadre de l'assurance complémentaire ne devait plus être versé.

La Cour du travail relève que le cumul n'a été rendu possible que parce qu'au départ, une intervention a été refusée dans le cadre de l'assurance obligatoire et que l'acceptation ultérieure n'a pas été prise en compte par les services de l'UNML. Si l'appelant en avait été informé correctement, et dans un langage compréhensible, au moment où le droit lui a été reconnu, il aurait pu réagir au changement de situation résultant de la prise en charge des séances dans le cadre de l'assurance obligatoire.

La Cour du travail estime qu'elle doit, avant de se prononcer sur le fond du litige, vérifier si la charte de l'assuré social trouve à s'appliquer en l'espèce. Elle relève à cet égard que, selon une certaine doctrine, la charte ne s'applique pas aux régimes autres que ceux mentionnés à l'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la « charte » de l'assuré social, comme les assurances complémentaires. Elle relève cependant que la situation a évolué suite à une intervention du législateur qui a inséré dans l'article 2, 1^o, f), de la loi du 11 avril 1995 l'ensemble des avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale visée au *littera* a) accordés, dans les limites de leurs statuts, par les fonds de sécurité d'existence. La Cour estime dès lors que la justification d'une distinction à opérer avec l'assurance complémentaire en assurance soins de santé n'apparaît pas, puisque dans les deux hypothèses, il s'agit de l'octroi d'avantages complémentaires à la sécurité sociale octroyés grâce à l'appui de fonds qui ne sont pas accordés par l'ONSS (Office national de sécurité sociale) ou une redistribution de fonds de régime public et, en outre, avec la circonstance que l'organisme assureur est déjà reconnu comme étant une institution coopérante de sécurité sociale dans le cadre des interventions de l'assurance obligatoire.

La Cour du travail relève encore que, dès lors que l'assurance complémentaire est une assurance obligatoire qui se greffe sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, son exclusion des dispositions de la charte se justifie difficilement. Selon la Cour du travail, les conséquences de la mise à l'écart de la charte de l'assuré social sont lourdes pour cet assuré : l'organisme assureur n'est pas tenu de lui donner des informations précises dans un langage compréhensible. Par ailleurs, il n'existe pas dans la loi du 6 août 1990 de dispositions spécifiques portant sur la révision, la récupération ou encore la renonciation au remboursement de l'indu. Le législateur n'a inséré dans la loi du 6 août 1990 qu'une disposition en matière de prescription pour l'aligner précisément sur les dispositions en vigueur dans le cadre de l'assurance obligatoire, alors par ailleurs que l'harmonisation des délais de prescription a été écartée de la charte lors des débats parlementaires. L'affilié de l'assurance complémentaire est dès lors privé de toutes les garanties offertes par la charte.

La Cour du travail estime donc utile de poser les questions préjudicielles mentionnées ci-dessus.

III. En droit

- A -

Position du Conseil des ministres

A.1. Le Conseil des ministres souligne tout d'abord que la question porte sur le régime d'assurance complémentaire tel qu'il était applicable avant sa profonde réforme par la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I) puisque la période concernée par le litige est antérieure à cette réforme.

A.2. Concernant la première question préjudicielle, qui entend comparer le régime des assurances complémentaires tel qu'il existait avant la réforme introduite par la loi du 26 avril 2010 et celui des fonds de sécurité d'existence, le Conseil des ministres relève qu'il ressort plus précisément des termes de la question préjudicielle et du litige soumis au juge *a quo* que la question se limite à la différence de traitement entre ces deux types d'avantages en ce qui concerne les règles applicables à la récupération de l'indu, selon que cette récupération porte sur des prestations d'assurance complémentaire (réclamées par une mutuelle) ou sur des prestations d'une assurance sectorielle (réclamées par un fonds de sécurité d'existence).

Le Conseil des ministres relève que, bien que les deux régimes aient des visées sociales, il existe entre eux des différences objectives et en réalité fondamentales justifiant une différence dans les règles relatives à la récupération de l'indu. En effet, les prestations de l'assurance complémentaire étaient offertes, conformément à la loi du 6 août 1990 et aux statuts des différentes mutualités, par ces mutualités qui choisissaient de proposer certains services complémentaires. Afin de garantir à tous leurs membres l'accès à ces services, elles pouvaient certes rendre l'affiliation obligatoire par la voie de leurs statuts. Cependant, en choisissant de s'affilier à une mutualité, le membre adhère nécessairement à ces statuts et choisit donc librement une assurance complémentaire. L'affiliation n'est donc pas obligatoire par l'effet de la loi ou de la réglementation, mais par l'effet du libre choix de l'affilié. A l'inverse, les avantages sociaux sectoriels accordés par les fonds de sécurité d'existence conformément à la loi du 7 janvier 1958 sont rendus obligatoires par arrêté royal. Ils sont accordés à tous les travailleurs d'un secteur et financés par tous les employeurs de ce secteur sans exception. De par leur degré élevé de solidarité et de par leur caractère obligatoire, les prestations ainsi octroyées constituent des prestations d'assurance obligatoire, de sorte que le législateur a décidé de les inclure dans la notion de sécurité sociale visée à l'article 2 de la charte de l'assuré social.

Le législateur a pu traiter différemment deux régimes qui sont fondamentalement différents (obligatoire *versus* libre). Il a pu estimer qu'il n'était pas justifiable, dans le cas des assurances complémentaires, de déroger aux règles générales en matière d'indu, ce qui par ailleurs pourrait constituer une différence de traitement injustifiée par rapport à la situation des compagnies d'assurances privées. Eu égard à la différence de nature entre les deux types de couverture complémentaire et notamment à la nécessité, dans le cadre de l'assurance complémentaire, de responsabiliser les affiliés, la différence existant en matière de récupération d'indu n'est pas discriminatoire.

A.3. Concernant la deuxième question préjudicielle, qui entend comparer la situation des bénéficiaires de l'assurance complémentaire et celle des bénéficiaires de l'assurance obligatoire, le Conseil des ministres relève également que la question se limite à la différence de traitement en matière de récupération d'indu. Il fait ensuite valoir que les deux régimes présentent des différences objectives, même s'ils visent tous deux à la protection contre la maladie et l'invalidité. Pour les raisons déjà indiquées, l'affiliation au service de l'assurance complémentaire n'est obligatoire que par l'effet d'un choix de l'affilié. L'affiliation à l'assurance obligatoire est pour sa part rendue obligatoire en vertu de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Ce régime fait sans conteste partie de la sécurité sociale dans laquelle l'absence de choix et de contrôle du bénéficiaire sur les prestations octroyées peut justifier que le législateur ait opté pour une responsabilité renforcée, dérogeant aux principes en matière d'indu, de l'institution responsable de son octroi

A l'inverse, le régime des assurances complémentaires laisse le choix au membre d'opter pour une mutualité qui offre certains services complémentaires ou de s'affilier à la CAAMI (Caisse auxiliaire d'assurance maladie-invalidité) afin de ne bénéficier d'aucune couverture complémentaire.

Le législateur a donc pu estimer qu'il n'était pas justifiable de déroger aux règles générales en matière d'indu, ce qui par ailleurs pourrait constituer une différence de traitement injustifiée par rapport à la situation des compagnies d'assurances privées. Le Conseil des ministres invoque à l'appui de cette thèse un arrêt de la Cour européenne des droits de l'homme du 14 février 2012, *B. c. Royaume-Uni*. Il conclut que le législateur a estimé que l'application des règles classiques en matière de répétition de l'indu pourrait faire supporter une charge excessive à l'assuré social qui réclame le paiement d'une prestation de sécurité sociale. A l'inverse, il n'est pas excessif d'exiger de l'affilié à une assurance contractée sur une base volontaire de veiller à connaître l'étendue de ses droits. Dès lors, l'application des règles classiques relatives à la répétition de l'indu à ce secteur n'est pas déraisonnable.

A.4. Concernant la troisième question préjudicielle, qui compare la situation des personnes affiliées à une mutualité qui bénéficient d'avantages complémentaires à la sécurité sociale et dont les droits sont régis par la loi du 6 août 1990 avec la situation des assurés sociaux concernés par la charte de l'assuré social, le Conseil des ministres estime qu'en ce qui concerne l'absence de dispositions concernant la révision, la récupération et la renonciation, il y a lieu, par identité de motifs avec la question précédente, de répondre négativement à la troisième question. La charte de l'assuré social instaure, en effet, un régime dérogatoire aux règles classiques en matière de répétition de l'indu, dérogation qui se justifie par la situation de vulnérabilité plus grande dans laquelle se trouvent les assurés sociaux et qui justifie la mise en place des règles de sécurité sociale. En ce qui concerne l'obligation d'information et de conseil de l'institution de sécurité sociale, le Conseil des ministres estime que la souscription volontaire de l'affilié permet d'attendre de lui qu'il s'intéresse aux services proposés par sa mutualité. Ces services font par ailleurs l'objet d'une communication encadrée et contrôlée par l'Office de contrôle des mutualités, qui veille à la protection des affiliés.

Le Conseil des ministres souligne enfin que, comme l'ont relevé la Commission européenne et la Cour de justice, le régime de l'assurance obligatoire tel qu'en vigueur avant la modification législative de 2010 était constitutif d'un régime d'assurances, soumis aux directives assurances « non vie » et, partant, à la libre concurrence. Il serait dès lors contraire au droit européen de prévoir des règles dérogatoires au droit commun de récupération de l'indu pour une partie seulement des assurances.

- B -

B.1. L'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la « charte » de l'assuré social dispose :

« Pour l'exécution et l'application de la présente loi et de ses mesures d'exécution, on entend par :

1° ' sécurité sociale ' :

a) l'ensemble des branches reprises à l'article 21 de la loi du 29 juin 1981 établissant les principes généraux de la sécurité sociale des travailleurs salariés, y compris celles de la sécurité sociale des marins de la marine marchande et des ouvriers mineurs;

b) l'ensemble des branches visées sous le a), dont l'application est étendue aux personnes occupées dans le secteur public, et les branches du secteur public qui remplissent une fonction équivalente aux branches visées sous le a);

c) l'ensemble des branches reprises à l'article 1er de l'arrêté royal n° 38 du 27 juillet 1967 organisant le statut social des travailleurs indépendants;

d) l'ensemble des branches reprises à l'article 12 de la loi du 17 juillet 1963 relative à la sécurité sociale d'outre-mer ou visées par la loi du 16 juin 1960 plaçant sous le contrôle et la garantie de l'Etat belge des organismes gérant la sécurité sociale des employés du Congo belge et du Ruanda-Urundi et portant garantie par l'Etat belge des prestations sociales assurées en faveur de ceux-ci;

e) l'ensemble des branches du régime d'aide sociale constitué par les allocations aux handicapés, le droit à un minimum de moyens d'existence, l'aide sociale, les prestations familiales garanties et le revenu garanti aux personnes âgées;

f) l'ensemble des avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale visée au *littera a*, accordés, dans les limites de leurs statuts, par les fonds de sécurité d'existence visés au 2°, *littera c*);

g) l'ensemble des règles relatives à la perception et au recouvrement des cotisations et des autres ressources contribuant au financement des branches et avantages précités;

2° ' institutions de sécurité sociale ' :

a) les ministères, les institutions publiques de sécurité sociale ainsi que tout organisme, autorité ou toute personne morale de droit public qui accorde des prestations de sécurité sociale;

b) les institutions coopérantes de sécurité sociale, c'est-à-dire les organismes de droit privé, autres que les secrétariats sociaux d'employeurs (et les offices de tarification des associations de pharmaciens), agréés pour collaborer à l'application de la sécurité sociale;

c) les fonds de sécurité d'existence institués, en vertu de la loi du 7 janvier 1958, par conventions collectives de travail conclues au sein des commissions paritaires et rendues obligatoires par le Roi, dans la mesure où ils accordent des avantages complémentaires visés au 1°, *littera f*);

(d) les personnes chargées par les institutions de sécurité sociale visées aux a), b) et c) de tenir à jour un répertoire particulier des personnes visé à l'article 6, alinéa 2, 2°, de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-Carrefour de la sécurité sociale.

3° ' personnes ' : les personnes physiques, leurs représentants légaux ou leurs mandataires, les associations dotées ou non de la personnalité civile et toutes institutions ou administrations publiques;

4° ‘ données sociales ’ : toutes données nécessaires à l’application de la sécurité sociale;

5° ‘ données sociales à caractère personnel ’ : toutes données sociales concernant une personne physique identifiée ou identifiable;

6° ‘ données médicales à caractère personnel ’ : toutes données sociales concernant une personne physique identifiée ou identifiable et dont on peut déduire une information sur l’état antérieur, actuel ou futur de sa santé physique ou psychique, à l’exception des données purement administratives ou comptables relatives aux traitements ou aux soins médicaux;

7° ‘ assurés sociaux ’ : les personnes physiques qui ont droit à des prestations sociales, qui y prétendent ou qui peuvent y prétendre, leurs représentants légaux et leurs mandataires;

8° ‘ décision ’ : l’acte juridique unilatéral de portée individuelle émanant d’une institution de sécurité sociale et qui a pour but de produire des effets juridiques à l’égard d’un ou de plusieurs assurés sociaux.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, modifier les notions :

1° ‘ sécurité sociale ’;

2° ‘ institution de sécurité sociale ’;

3° ‘ personnes ’;

4° ‘ données sociales ’;

5° ‘ données à caractère personnel ’;

6° ‘ données médicales à caractère personnel ’;

7° ‘ assurés sociaux ’;

8° ‘ décision ’ ».

B.2. Avant sa modification par l’article 2 de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière d’organisation de l’assurance maladie complémentaire (I), l’article 3 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités disposait :

« Les mutualités doivent instaurer au moins un service qui a pour but :

a) la participation à l'exécution de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, réglée par la loi coordonnée du 14 juillet 1994, précitée, pour autant qu'elles aient reçu dans ce but une autorisation de l'union nationale;

b) l'intervention financière pour leurs membres et les personnes à leur charge, dans les frais résultant de la prévention et du traitement de la maladie et de l'invalidité ou l'octroi d'indemnités en cas d'incapacité de travail ou lorsque se produit une situation en vertu de laquelle le bien-être physique, psychique ou social visé à l'article 2 peut être encouragé;

c) l'octroi d'aide, d'information, de guidance et d'assistance en vue de promouvoir le bien-être physique, psychique et social, entre autre par l'accomplissement des missions visées sous a) et b).

Elles ne pourront obtenir ou maintenir la personnalité juridique qu'à condition de participer à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités visée sous a) et d'instituer au moins des services visés sous b) ».

L'article 2 de la loi du 26 avril 2010 précitée a inséré dans cette disposition les alinéas 2, 3 et 5 suivants :

« Les services visés à l'alinéa 1er, b) ou c), constituent des opérations au sens de l'article 2, 2, b), de la 1re directive du Conseil portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'accès à l'activité de l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie, et son exercice (73/239/CEE) et doivent répondre aux critères repris à l'article 67, alinéa 1er, de la loi du 26 avril 2010 portant des dispositions diverses en matière de l'organisation de l'assurance maladie complémentaire (I).

Les mutualités ne peuvent pas organiser des services qui constituent des assurances maladies au sens de la branche 2 de l'annexe Ire de l'arrêté royal du 22 février 1991 portant règlement général relatif au contrôle des entreprises d'assurances ni organiser une couverture des risques qui appartiennent à l'assistance telle que visée dans la branche 18 de l'annexe Ire de l'arrêté royal précité.

[...]

Les services visés à l'alinéa 1er, a), b) et c) constituent des services d'intérêt général ».

Elle a, par ailleurs, remplacé à l'alinéa 2 ancien, devenant l'alinéa 4, les mots « visée sous a) et d'instituer au moins un des services visés sous b) » par les mots « visée à l'alinéa 1er, a) et d'instituer au moins un service visé à l'alinéa 1er, b) ».

B.3. Il ressort des faits de la cause soumise au juge *a quo* et des motifs de la décision de renvoi que ce juge est saisi d'une demande d'une mutualité visant à obtenir la récupération d'un indu pour des remboursements de prestations de logopédie datant de 2007 et 2008, accordés par l'assurance maladie complémentaire. Le juge est dès lors amené à prendre en compte dans cette affaire l'article 3 de la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités, avant sa modification par la loi du 26 avril 2010 précitée.

B.4. Le juge *a quo* interroge la Cour sur la compatibilité de l'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer « la charte » de l'assuré social avec les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il n'inclut pas parmi les matières de sécurité sociale concernées par cette loi les assurances complémentaires devenues obligatoires visées par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités alors qu'il inclut, d'une part, les avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale accordés par les fonds de sécurité d'existence (première question préjudicielle) et qu'il vise, d'autre part, les bénéficiaires de l'assurance obligatoire soins de santé, mais pas ceux de l'assurance complémentaire, alors qu'ils sont pourtant tous affiliés obligatoirement en même temps aux deux régimes auprès de l'organisme assureur de leur choix (deuxième question préjudicielle).

Le juge interroge encore la Cour, dans l'hypothèse où une réponse négative serait donnée aux deux premières questions, sur la compatibilité, avec les articles 10 et 11 de la Constitution combinés le cas échéant avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme, de l'absence dans la loi du 6 août 1990 susvisée de dispositions portant notamment, comme celles figurant dans la charte de l'assuré social, sur l'obligation d'information et de conseil de l'institution de sécurité sociale, sur la révision, sur la récupération et sur la renonciation à l'indu.

B.5. En instituant la charte de l'assuré social, le législateur entendait instaurer pour les assurés sociaux un système garantissant la sécurité juridique. Il poursuivait le but de « réaliser une meilleure prise en charge de l'assuré social dont l'exercice des droits requiert trois

conditions préalables : connaître l'existence du droit, vouloir en bénéficier, pouvoir en demander l'application » (*Doc. parl.*, Chambre, S.E. 1991-1992, n° 353/1, pp. 1-2). « Il n'est que normal de faire bénéficier de leurs droits sociaux les gens qui ne les connaissent pas. L'importance de ce triple préalable est fondamentale en ce qui concerne l'accès à la sécurité sociale. Un accès optimal et une meilleure transparence sont indispensables à un fonctionnement efficace de la sécurité sociale » (*ibid.*, p. 1). « Cette charte doit non seulement améliorer pour les bénéficiaires de prestations sociales la possibilité d'exercer leurs droits vis-à-vis de l'administration mais prioritairement permettre de lutter contre la pauvreté et la précarité. En effet, les problèmes les plus cruciaux sont les difficultés que rencontrent les plus pauvres et les plus démunis à faire reconnaître leurs droits » (*ibid.*, p. 2).

Pour définir le champ d'application de la loi instituant la « charte » de l'assuré social, le législateur a repris les définitions inscrites à l'article 2 de la loi du 15 janvier 1990 relative à l'institution et à l'organisation d'une Banque-carrefour de la sécurité sociale (*ibid.*, p. 4).

Il résulte des travaux préparatoires de cette loi que l'inclusion dans le champ d'application de cette loi des fonds de sécurité d'existence et des avantages qu'ils accordent en complément aux prestations assurées par la sécurité sociale des travailleurs salariés se justifie « pour des raisons fonctionnelles ».

« Cette intégration est cependant subordonnée aux conditions suivantes :

- il doit s'agir de fonds de sécurité d'existence institués en vertu de la loi du 7 janvier 1958 par les Commissions paritaires, par convention collective de travail rendue obligatoire;
- cela doit concerner des avantages complémentaires de sécurité sociale, accordés par ces fonds dans les limites de leurs statuts, à l'exclusion donc des autres missions éventuellement remplies par les fonds de sécurité d'existence;
- le système se limite aux personnes physiques qui peuvent bénéficier des avantages accordés par ces fonds et aux membres de leur ménage » (*Doc. parl.*, Chambre, 1988-1989, n° 899/1, pp. 13 et 14).

Quant aux deux premières questions préjudicielles

B.6.1. Il découle des travaux préparatoires cités en B.5 que le législateur a voulu renforcer la protection juridique des assurés sociaux dès lors qu'ils font valoir un droit relevant de la sécurité sociale. La notion de sécurité sociale est définie à l'article 2, 1°, de la loi en cause, les institutions de sécurité sociale étant définies par le 2° de cette disposition qui vise, en tant qu'« institutions coopérantes », les mutualités en leur qualité d'organismes assureurs dans le cadre de l'assurance obligatoire. Le législateur a entendu ainsi établir un régime différencié pour les droits qui relèvent de l'assurance obligatoire.

B.6.2. Outre la mission qu'elles exercent dans le cadre de l'assurance obligatoire, les mutualités pouvaient également offrir des services d'assurance complémentaire sur la base de l'article 3 de la loi du 6 août 1990 précité. En ne visant pas ces assurances complémentaires offertes par les mutualités, telles qu'elles existaient avant l'entrée en vigueur de la loi du 26 avril 2010, le législateur a pris une mesure pertinente au regard du but poursuivi, dès lors que l'assurance complémentaire est liée au choix de l'assuré de s'affilier à une mutuelle déterminée. Une telle assurance ne relève pas d'un régime de sécurité sociale obligatoire mais vient compléter sur une base volontaire les assurances obligatoires prévues par le régime de sécurité sociale dans le domaine de la santé. L'affiliation à ces assurances complémentaires n'est pas rendue obligatoire par la loi. Si, dans certains cas, elle est rendue obligatoire par l'application des statuts de la mutualité, cette obligation résulte de l'affiliation volontaire de l'assuré.

B.6.3. Concernant la première question préjudicielle, il doit en outre être relevé qu'à la différence des assurances complémentaires dont le bénéfice est lié au libre choix de l'affilié, les avantages complémentaires aux prestations assurées dans le cadre de la sécurité sociale, accordés, dans les limites de leurs statuts, par les fonds de sécurité d'existence constituent des prestations d'assurance obligatoire puisqu'ils sont rendus obligatoires par arrêté royal, conformément à la loi du 7 janvier 1958 concernant les Fonds de sécurité d'existence. C'est donc en conformité avec l'objectif poursuivi que le législateur a inclus ces avantages

complémentaires dans la notion de sécurité sociale, au sens de l'article 2 de la loi du 11 avril 1995 en cause.

B.7. Les deux premières questions préjudicielles appellent dès lors une réponse négative.

Quant à la troisième question préjudicielle

B.8. Pour répondre à la troisième question préjudicielle, la Cour doit vérifier si l'absence dans la loi du 6 août 1990 susvisée de dispositions portant notamment, comme celles figurant dans la charte de l'assuré social, sur l'obligation d'information et de conseil de l'institution de sécurité sociale, sur la révision, sur la récupération et sur la renonciation à l'indu est compatible avec les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés le cas échéant avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme.

B.9. Pour la détermination de sa politique dans les matières socio-économiques, le législateur dispose d'un pouvoir d'appréciation étendu.

Pour les motifs indiqués en B.5, le législateur a voulu renforcer la protection juridique des assurés sociaux dans les secteurs relevant de la sécurité sociale obligatoire, compte tenu de la vulnérabilité de ces assurés. Les mutualités et unions nationales de mutualités sont tenues d'accorder cette protection juridique, en tant qu'institutions coopérantes, pour les prestations de sécurité sociale obligatoires.

Pour les prestations de sécurité sociale qui résultent d'une affiliation volontaire, c'est au législateur d'apprécier s'il convient de renforcer également la protection juridique en matière d'assurance dans un régime de libre concurrence.

B.10. La troisième question préjudicielle appelle une réponse négative.

Par ces motifs,

la Cour

dit pour droit :

1. L'article 2 de la loi du 11 avril 1995 visant à instituer la « charte » de l'assuré social ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution en ce qu'il n'inclut pas parmi les matières de sécurité sociale concernées par cette loi les assurances complémentaires devenues obligatoires visées par la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités.

2. L'absence dans la loi du 6 août 1990 relative aux mutualités et aux unions nationales de mutualités de dispositions portant notamment, comme celles figurant dans la charte de l'assuré social, sur l'obligation d'information et de conseil de l'institution de sécurité sociale, sur la révision, sur la récupération et sur la renonciation à l'indu ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Ainsi prononcé en langue française et en langue néerlandaise, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, à l'audience publique du 20 décembre 2012.

Le greffier,

Le président f.f.,

F. Meersschaut

J.-P. Snappe