

Numéro du rôle : 934
Arrêt n° 66/96 du 13 novembre 1996

ARRET

En cause : la question préjudicielle relative à l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire, posée par le juge des saisies au tribunal de première instance de Bruxelles.

La Cour d'arbitrage,

composée du président L. De Grève, du juge faisant fonction de président L. François, et des juges P. Martens, J. Delruelle, H. Coremans, A. Arts et R. Henneuse, assistée du greffier L. Potoms, présidée par le président L. De Grève,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

*

* *

I. *Objet de la question préjudicielle*

Par jugement du 6 février 1996 en cause de l'Etat belge contre A.-M. Rosson, l'Union nationale des mutualités libérales, l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes et l'Union nationale des mutualités socialistes, le juge des saisies au tribunal de première instance de Bruxelles a posé la question préjudicielle suivante :

« Dans la mesure où il déclare insaisissables, sans aucune distinction en fonction du bénéficiaire, toutes les sommes payées à titre des prestations de santé à charge de l'assurance maladie-invalidité ou en vertu de la loi du 16 juin 1960 et de la législation en matière de sécurité sociale d'outre-mer, l'article 1410, § 2, 5°, 1°, [du Code judiciaire] viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution belge en ce qu'il instaure une discrimination fondée sur aucune distinction objective entre les indépendants en général, dont le revenu professionnel est saisissable sans aucune limite inférieure, et les indépendants appartenant au secteur médical ou paramédical, dont le revenu professionnel échappe ainsi à toute mesure coercitive de la part de leurs créanciers tant publics que privés ? »

Par ordonnance du 10 juillet 1996, la Cour a reformulé la question comme suit :

« L'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution en tant qu'il déclare insaisissables, sans aucune distinction en fonction du bénéficiaire, ' toutes les sommes payées à titre des prestations de santé à charge de l'assurance maladie-invalidité ou en vertu de la loi du 16 juin 1960 et de la législation en matière de sécurité sociale d'outre-mer ' et en ce qu'il instaure ainsi une différence de traitement entre la généralité des indépendants, dont le revenu professionnel est saisissable sans aucune limite inférieure, et les indépendants appartenant au secteur médical ou paramédical, dont la partie des revenus professionnels qui est payée sur la base de la législation précitée ne peut être saisie ? »

II. *Les faits et la procédure antérieure*

La première partie défenderesse devant le juge des saisies au tribunal de première instance de Bruxelles est une infirmière indépendante restant en défaut de payer une dette fiscale.

L'Etat belge, partie demanderesse devant le juge *a quo*, a, par des notifications fiscales adressées à l'Union nationale des mutualités libérales, à l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes et à l'Union nationale des mutualités socialistes, deuxième, troisième et quatrième parties défenderesses devant le juge *a quo*, pratiqué une saisie-arrêt sur les sommes dont ces mutuelles étaient redevables en vertu du système du tiers payant au titre d'honoraires pour les prestations de soins de santé que la première partie défenderesse a fournies en qualité d'infirmière indépendante.

Ces mutualités ont toutefois fait savoir que les sommes dues à la première partie défenderesse ne peuvent être saisies, étant donné que l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire dispose que les sommes payées à titre des prestations de santé à charge de l'assurance maladie-invalidité ou en vertu de la loi du 16 juin 1960 et de la législation en matière de sécurité sociale d'outre-mer ne peuvent être cédées ni saisies.

L'action de l'Etat belge devant le juge des saisies tend en ordre principal à entendre dire pour droit que la protection contre la saisie qu'offre l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire ne peut jouer à l'avantage de la première partie défenderesse et que les deuxième, troisième et quatrième parties défenderesses sont tenues au paiement. En ordre subsidiaire, l'Etat belge demande qu'une question préjudicielle soit posée à la Cour.

Dans sa décision, le juge des saisies constate que selon une jurisprudence constante de la Cour de cassation, l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire n'établit aucune distinction selon que l'intervention de l'assurance dans les frais des soins de santé est payée au bénéficiaire ou au dispensateur de soins.

Le juge *a quo* considère que l'absence de distinction dans la disposition litigieuse a pour conséquence que les indemnités payées aux dispensateurs de soins, tels les médecins et les infirmières qui appliquent le système du tiers payant, - indemnités qui ont en fait le caractère d'une rémunération ou d'honoraires - ne peuvent être saisies.

Au juge *a quo* se pose la question de savoir si une telle situation d'insaisissabilité totale de la rémunération, qui crée une discrimination entre les indépendants qui exercent une profession médicale et tous les autres indépendants, en ce que les premiers, dont les honoraires ne peuvent être saisis, peuvent ainsi échapper à leurs créanciers, n'est pas contraire aux articles 10 et 11 de la Constitution. Le juge décide de poser à la Cour la question préjudicielle précitée telle qu'elle a été suggérée par la partie demanderesse.

III. *La procédure devant la Cour*

L'expédition de la décision de renvoi est parvenue au greffe le 21 février 1996.

Par ordonnance du même jour, le président en exercice a désigné les juges du siège 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 des articles 71 ou 72 de la loi organique.

La décision de renvoi a été notifiée conformément à l'article 77 de la loi organique, par lettres recommandées à la poste le 8 mars 1996.

L'avis prescrit par l'article 74 de la loi organique a été publié au *Moniteur belge* du 14 mars 1996.

Des mémoires ont été introduits par :

- le receveur des contributions directes de Blankenberge, Groenestraat 86, 8370 Blankenberge, par lettre recommandée à la poste le 12 avril 1996;

- l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, rue de la Loi 121, 1040 Bruxelles, l'Union nationale des mutualités socialistes, rue Saint-Jean 32-38, 1000 Bruxelles, et l'Union nationale des mutualités libérales, rue de Livourne 25, 1050 Bruxelles, par lettre recommandée à la poste le 19 avril 1996.

Ces mémoires ont été notifiés conformément à l'article 89 de la loi organique, par lettres recommandées à la poste le 30 avril 1996.

L'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, l'Union nationale des mutualités socialistes et l'Union nationale des mutualités libérales ont introduit un mémoire en réponse par lettre recommandée à la poste le 10 mai 1996.

A.-M. Rosson, Walvisstraat 11, 8420 De Haan, a introduit un mémoire par lettre recommandée à la poste le 29 avril 1996.

Par ordonnance du 5 juin 1996, le président L. De Grève a constaté que le mémoire de A.-M. Rosson avait été introduit après l'expiration du délai prescrit par l'article 85 de la loi organique et a déclaré que la partie précitée disposait d'un délai de huit jours pour introduire éventuellement des observations écrites à ce sujet.

Cette ordonnance a été notifiée à A.-M. Rosson par lettre recommandée à la poste le 10 juin 1996.

Par ordonnance du 27 juin 1996, la Cour a prorogé jusqu'au 21 février 1997 le délai dans lequel l'arrêt doit être rendu.

Par ordonnance du 9 juillet 1996, la Cour a écarté des débats le mémoire introduit par A.-M. Rosson.

Cette ordonnance a été notifiée aux parties par lettres recommandées à la poste le 11 juillet 1996.

Par ordonnance du 10 juillet 1996, la Cour a déclaré l'affaire en état et fixé l'audience au 15 octobre 1996, après que la question préjudicielle eut été reformulée.

Cette ordonnance a été notifiée aux parties ainsi qu'à leurs avocats, par lettres recommandées à la poste le 12 juillet 1996.

Par ordonnance du 24 septembre 1996, le président en exercice a constaté que le juge E. Cerexhe, membre du siège, était légitimement empêché de siéger et que le juge R. Henneuse le remplaçait comme membre du siège.

A l'audience publique du 15 octobre 1996, où le président M. Melchior, légitimement empêché, était remplacé par le juge L. François :

- ont comparu :

. Me L. Van Helshoecht, avocat du barreau de Bruxelles, pour le receveur des contributions directes de Blankenberge;

. Me D. De Maeseneer *loco* Me F. Kenis, avocats du barreau de Bruxelles, pour l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, l'Union nationale des mutualités socialistes et l'Union nationale des mutualités libérales;

- les juges-rapporteurs A. Arts et J. Delruelle ont fait rapport;
- les avocats précités ont été entendus;
- l'affaire a été mise 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.

IV. *En droit*

- A -

Mémoire de l'Etat belge, partie demanderesse devant le juge a quo

A.1.1. Le législateur a estimé qu'il n'était pas acceptable de priver quelqu'un de la totalité de ses biens et moyens de subsistance, même en cas d'exécution judiciaire forcée.

La *ratio legis* de l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire est d'éviter que les sommes qu'une personne a dû consacrer à des soins médicaux ne tombent aux mains des créanciers lors de leur remboursement par la mutualité, ce qui pourrait éventuellement empêcher, pour des raisons financières, la poursuite des soins ou déséquilibrer le budget normal destiné à l'entretien du ménage, qui peut tabler sur le remboursement des frais de maladie.

A.1.2. Par suite d'une convention entre les mutualités et les secteurs médicaux, le système dit « du tiers payant » a instauré une subrogation conventionnelle en vertu de laquelle le dispensateur de soins ne réclame directement au patient qu'une partie des frais et est subrogé dans les droits du patient à l'égard de l'organisme assureur pour le solde, à concurrence de ce qui est normalement remboursé au patient par l'assurance maladie.

Par ce système du tiers payant, les « sommes payées à titre des prestations de santé à charge de l'assurance maladie-invalidité » visées à l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire ne reviennent plus au patient à protéger ou à sa famille, mais au dispensateur de soins.

A.1.3. La Cour de cassation a mis un terme à la discussion concernant la question de savoir si la protection contre la saisie visée à l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire devait s'appliquer exclusivement au patient protégé, selon la *ratio legis* de cette disposition, ou également au dispensateur de soins, en déclarant que le texte de la loi ne fait aucune distinction selon le bénéficiaire, de sorte que la protection s'applique dans tous les cas.

Il convient toutefois d'observer que l'arrêt de la Cour de cassation du 26 janvier 1987 et l'arrêt de la Cour d'appel de Bruxelles du 14 octobre 1993 qui lui emboîte le pas concernent en fait des prestations au bénéfice d'institutions hospitalières et non au bénéfice de médecins ou d'infirmiers indépendants.

Une loi interprétative fut proposée au Sénat afin d'indiquer clairement que la protection de l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire ne s'appliquait qu'aux personnes physiques bénéficiaires de l'avantage. Cette proposition a, il est vrai, été rejetée, mais pour des raisons étrangères à la question qui est ici en cause.

A.1.4. Dans une interprétation littérale de l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire, les revenus des dispensateurs de soins médicaux qui sont payés à ceux-ci selon le système du tiers payant restent totalement inaccessibles à toute saisie par leurs créanciers, l'administration fiscale comprise.

Bien que les dispensateurs de soins médicaux soient, comme tout autre travailleur indépendant, soumis à l'impôt normal des personnes physiques sur leurs revenus professionnels, l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire ainsi interprété crée une différence de traitement entre les dispensateurs de soins médicaux, qui font payer la plus grande partie, sinon la totalité, de leurs honoraires via le système du tiers payant, et toutes les autres catégories d'indépendants, dès lors que les revenus de la première catégorie ne peuvent être saisis tandis que ceux de la seconde catégorie peuvent l'être.

Il n'existe aucune raison objective qui soit susceptible de justifier cette distinction.

Il convient donc d'apporter une réponse positive à la question préjudicielle.

Mémoire de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, de l'Union nationale des mutualités socialistes et de l'Union nationale des mutualités libérales, deuxième, troisième et quatrième parties défenderesses devant le juge a quo

A.2.1. La Cour de cassation a fait connaître sans ambiguïté que l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire est rédigé en termes généraux et ne fait aucune distinction selon que les sommes payées à titre de prestations de santé sont versées aux bénéficiaires des soins de santé ou à des établissements hospitaliers.

Cette position a été confirmée par l'arrêt de la Cour de cassation du 15 mars 1990, auquel divers tribunaux inférieurs se sont conformés.

Cette interprétation est de surcroît conforme à la volonté du législateur, qui a rejeté une proposition de modification de l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire tendant à limiter la protection de cet article aux sommes directement payées aux bénéficiaires.

A.2.2. L'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire n'a pas pour conséquence que les honoraires d'indépendants appartenant au secteur médical ou paramédical seraient rendus insaisissables. En effet, il ne s'agit pas d'honoraires mais du remboursement de soins de santé dispensés.

A.2.3. Même si la disposition litigieuse créait indirectement une distinction entre la généralité des indépendants et les indépendants appartenant au secteur médical ou paramédical, cette distinction ne serait pas discriminatoire.

La *ratio legis* de l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire est de garantir que chacun, quel que soit son statut social ou ses revenus, et indépendamment de ses dettes, recevra toujours les soins de santé nécessaires.

Le souci d'accorder à tout un chacun le droit aux soins de santé a été concrétisé dans le système du tiers payant.

Rendre saisissables les indemnités payées par le biais de ce système se retournerait contre l'assuré lui-même, étant donné que le dispensateur de soins concerné réagira en résiliant la convention du tiers payant et en facturant directement ses prestations au patient.

C'est pour ces raisons que le législateur a toujours refusé de supprimer le principe de l'insaisissabilité, nonobstant les propositions de loi répétées en ce sens.

Si la disposition litigieuse crée indirectement une différence de traitement entre les indépendants, celle-ci a donc un fondement objectif.

Mémoire en réponse de l'Alliance nationale des mutualités chrétiennes, de l'Union nationale des mutualités socialistes et de l'Union nationale des mutualités libérales, deuxième, troisième et quatrième parties défenderesses devant le juge a quo

A.3. Dans son mémoire, l'Etat belge affirme à tort que l'arrêt de la Cour de cassation du 26 janvier 1987 et l'arrêt conforme de la Cour d'appel de Bruxelles du 14 octobre 1993 concernent en fait des indemnités au bénéfice d'institutions hospitalières et non au bénéfice de médecins ou infirmiers indépendants.

L'arrêt de la Cour d'appel concerne bel et bien un dispensateur de soins indépendant et non pas une institution.

Dans son arrêt du 15 mars 1990, la Cour de cassation a confirmé sa jurisprudence, à l'occasion cette fois d'une affaire concernant des indemnités versées à un dispensateur de soins indépendant.

- B -

B.1. L'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire, qui fait l'objet de la question préjudicielle, dispose :

« § 2. Ne peuvent être cédés ni saisis :

[...]

5° les sommes payées : 1° à titre des prestations de santé à charge de l'assurance maladie-invalidité ou en vertu de la loi du 16 juin 1960 et de la législation en matière de sécurité sociale d'outre-mer [...] ».

Telle qu'elle est interprétée par la Cour de cassation dans ses arrêts du 26 janvier 1987 et du 15 mars 1990 - enseignement auquel adhère le juge des saisies, dans le jugement qui conclut au renvoi -, cette disposition n'établit aucune distinction selon que

l'intervention de l'assurance dans les frais des soins de santé est payée directement au bénéficiaire ou au dispensateur de soins.

Si l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire était interprété en ce sens que les sommes visées ne peuvent être saisies lorsqu'elles sont versées directement au bénéficiaire mais que peuvent en revanche être saisies (saisie-arrêt) les sommes qui, par le biais du système du tiers-payant, ne sont pas payées au bénéficiaire mais au dispensateur de soins indépendant, il ne contiendrait pas la différence de traitement évoquée dans la question.

La Cour doit toutefois examiner la disposition litigieuse dans l'interprétation que lui donne le juge *a quo*.

B.2. Il ressort de la question préjudicielle et des considérations émises dans le jugement de renvoi que la question n'est pas de savoir si l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire, dans l'interprétation qui lui est donnée, crée une discrimination en n'opérant pas de distinction selon que l'intervention de l'assurance dans les frais de soins de santé est payée directement au bénéficiaire ou au dispensateur de soins.

Il est demandé à la Cour s'il est justifié de traiter différemment la généralité des indépendants - dont les revenus professionnels sont saisissables sans aucune limite inférieure - et les indépendants appartenant au secteur médical ou paramédical - dont la partie des revenus professionnels qui leur est versée sur la base de la législation précitée ne peut être saisie.

Il convient d'observer que l'article 1410, § 2, du Code judiciaire concerne tant la cession que la saisie, mais que la question préjudicielle porte exclusivement sur l'hypothèse de la saisie.

B.3. Les règles constitutionnelles de l'égalité et de la non-discrimination n'excluent pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée.

L'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée ainsi que de la nature des principes en cause; le principe d'égalité est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé.

B.4. L'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire s'inscrit dans un ensemble de dispositions qui recherchent un équilibre entre le souci de garantir les droits des créanciers et celui de permettre aux débiteurs de continuer à pourvoir à leurs besoins vitaux. Ces dispositions constituent des exceptions à la règle générale selon laquelle tous les biens du débiteur constituent le gage des créanciers (articles 7 et 8 de la loi du 16 décembre 1851 sur la révision du régime hypothécaire, qui a remplacé les dispositions du titre XVIII du livre III du Code civil), et doivent être interprétées de manière restrictive (Rapport du Commissaire royal à la Réforme judiciaire, *Doc. parl.*, Sénat, 1963-1964, n° 60, p. 308).

La disposition litigieuse empêche que le patient et sa famille soient privés des sommes qui leur sont dues à titre d'intervention de l'assurance maladie dans les frais occasionnés par des prestations de santé. Ce faisant, le législateur a voulu que les personnes ayant besoin de soins médicaux puissent disposer du minimum de moyens leur permettant de continuer à faire appel à une assistance médicale.

Le législateur a expressément précisé que l'article 1410, § 2, du Code judiciaire vise des allocations qui ne peuvent être considérées comme des rémunérations et qui ont pour but «de permettre aux intéressés de faire face à des dépenses importantes et urgentes » (*Doc. parl.*, Sénat, 1964-1965, n° 170, p. 187).

B.5. Telle qu'elle est formulée, la question préjudicielle oblige à comparer la situation de «la généralité des indépendants, dont le revenu professionnel est saisissable sans aucune limite inférieure, » avec celle des « indépendants appartenant au secteur médical ou paramédical, dont la partie des revenus professionnels qui est payée sur la base de la législation précitée ne peut être saisie ».

Dans l'interprétation qui lui est donnée, l'article 1410, § 2, 5^o, 1^o, du Code judiciaire a pour conséquence que les sommes qui doivent être payées dans le cadre de la législation sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ne peuvent être saisies, même lorsque ces sommes sont versées, en vertu du système du tiers-payant, non pas au bénéficiaire, mais au dispensateur de soins indépendant.

La disposition litigieuse crée ainsi à l'égard des revenus des dispensateurs de soins médicaux et paramédicaux indépendants, comparés à ceux de tous les autres indépendants, une forme particulière d'insaisissabilité, portant sur la partie des revenus auxquels les premiers nommés peuvent prétendre dans le cadre du système du tiers-payant, sans qu'une justification raisonnable puisse être donnée à la lumière de l'objectif, décrit ci-avant (B.4), que poursuivait le législateur en adoptant l'article 1410, § 2, 5^o, 1^o, du Code judiciaire.

Dans leur mémoire, les mutualités affirment que rendre saisissables les sommes payées dans le cadre du système du tiers-payant serait préjudiciable aux assurés, étant donné que les dispensateurs de soins concernés réagiraient en résiliant la convention de tiers-payant et en facturant directement leurs prestations au patient. Un tel argument ne saurait raisonnablement justifier la distinction litigieuse.

Il résulte de ce qui précède qu'il convient de répondre à la question préjudicielle par l'affirmative.

Par ces motifs,

la Cour

dit pour droit :

l'article 1410, § 2, 5°, 1°, du Code judiciaire viole les articles 10 et 11 de la Constitution, en tant qu'il déclare insaisissables, sans aucune distinction selon les bénéficiaires, « les sommes payées à titre des prestations de santé à charge de l'assurance maladie-invalidité ou en vertu de la loi du 16 juin 1960 et de la législation en matière de sécurité sociale d'outre-mer ».

Ainsi prononcé en langue néerlandaise et en langue française, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour d'arbitrage, à l'audience publique du 13 novembre 1996.

Le greffier,

Le président,

L. Potoms

L. De Grève