

Numéros du rôle : 6321 et 6322
Arrêt n° 137/2016 du 20 octobre 2016

A R R E T

En cause : les recours en annulation de l'article 20 de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, introduits par l'ASBL « Association Belge des Syndicats Médicaux » et autres et par Piet De Baets et autres.

La Cour constitutionnelle,

composée des présidents E. De Groot et J. Spreutels, et des juges A. Alen, T. Merckx-Van Goey, P. Nihoul, F. Daoût et T. Giet, assistée du greffier F. Meersschaut, présidée par le président E. De Groot,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

*

* *

I. *Objet des recours et procédure*

Par deux requêtes adressées à la Cour par lettres recommandées à la poste le 29 décembre 2015 et parvenues au greffe le 30 décembre 2015, des recours en annulation de l'article 20 de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé (publiée au *Moniteur belge* du 17 août 2015) ont été introduits respectivement par l'ASBL « Association Belge des Syndicats Médicaux », Marcel De Clercq et Hilde D'Hondt, assistés et représentés par Me J. Bosquet, avocat au barreau d'Anvers, et par Piet De Baets, Rufij Baeke, l'ASBL « Huisartsenvereniging Ledeganck Eeklo » et l'ASBL « Syndicaat van Vlaamse huisartsen », assistés et représentés par Me J. Bosquet et Me L. Lafaut, avocat au barreau d'Anvers.

Ces affaires, inscrites sous les numéros 6321 et 6322 du rôle de la Cour, ont été jointes.

Le Conseil des ministres, assisté et représenté par Me P. Slegers et Me C. Vannieuwenhuysen, avocats au barreau de Bruxelles, a introduit un mémoire, les parties requérantes ont introduit des mémoires en réponse et le Conseil des ministres a également introduit un mémoire en réplique.

Par ordonnance du 29 juin 2016, la Cour, après avoir entendu les juges-rapporteurs T. Merckx-Van Goey et F. Daoût, a décidé que les affaires étaient en état, qu'aucune audience ne serait tenue, à moins qu'une partie n'ait demandé, dans le délai de sept jours suivant la réception de la notification de cette ordonnance, à être entendue, et qu'en l'absence d'une telle demande, les débats seraient clos le 13 juillet 2016 et les affaires mises en délibéré.

Aucune demande d'audience n'ayant été introduite, les affaires ont été mises en délibéré le 13 juillet 2016.

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. En droit

- A -

Quant à la recevabilité des recours

A.1.1. La première partie requérante dans l'affaire n° 6321 et les troisième et quatrième parties requérantes dans l'affaire n° 6322 estiment qu'en tant qu'ASBL, elles ont un intérêt collectif à l'annulation de la disposition attaquée. Elles font référence à leur objet statutaire, qui consiste à défendre les intérêts professionnels des médecins ou ceux des médecins généralistes (flamands) en particulier. Cet objet serait distinct de l'intérêt général et serait affecté directement et défavorablement par la disposition attaquée, qui contraint toute une catégorie de médecins à exonérer des patients du paiement direct d'une partie importante de leurs honoraires et à s'adresser à un débiteur public pour obtenir celle-ci.

Les deuxième et troisième parties requérantes dans l'affaire n° 6321 et les première et deuxième parties requérantes dans l'affaire n° 6322 déclarent qu'en tant que médecins généralistes, elles sont affectées directement et défavorablement par la disposition attaquée, puisqu'elles sont obligées d'appliquer le régime du tiers payant à une partie importante de leurs patients à partir du 1er octobre 2015.

A.1.2. Les parties requérantes déclarent en outre que le recours dirigé contre la disposition attaquée, qui a été publiée le 17 août 2015 au *Moniteur belge*, a été introduit dans les délais.

A.1.3. Le Conseil des ministres ne conteste pas la recevabilité des recours.

Quant au fond

Le premier moyen dans l'affaire n° 6322

A.2.1. Le premier moyen dans l'affaire n° 6322 est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, lus isolément et combinés avec le principe de la sécurité juridique. La disposition attaquée instaurerait une différence de traitement injustifiée entre les médecins de médecine généraliste et les autres médecins, les médecins spécialistes en particulier, en ce que la première catégorie est obligée d'appliquer le régime du tiers payant pour certaines prestations fournies aux bénéficiaires d'une intervention majorée, tandis que la seconde catégorie n'est pas soumise à cette obligation, pour les mêmes prestations fournies aux mêmes patients.

A.2.2. Selon les parties requérantes, les médecins généralistes et les autres médecins constituent des catégories comparables quant à l'application du régime du tiers payant. Il en irait particulièrement ainsi dans la mesure où les prestations qui relèvent du régime obligatoire du tiers payant peuvent être fournies tant par des médecins de médecine générale que par des médecins généralistes et des médecins spécialistes.

Le critère de distinction, à savoir la qualité de médecin généraliste, ne serait pas pertinent au regard de l'objectif de la disposition attaquée, qui consiste à rendre les soins de première ligne le moins onéreux possible. En effet, le patient n'est pas tenu de consulter préalablement, pour des soins remboursables, un médecin de médecine générale ou généraliste avant de consulter un autre médecin, et d'autres médecins peuvent eux aussi prodiguer des soins de première ligne remboursables. Tous les médecins qui fournissent des prestations de médecine générale relevant des soins de base feraient dès lors partie de la même catégorie, que le médecin concerné soit un médecin de médecine générale, un médecin généraliste agréé ou un médecin spécialiste.

De plus, la disposition attaquée instaurerait une insécurité juridique fondamentale quant à son champ d'application personnel, dès lors que sa version française fait référence au « médecin généraliste », tandis que la version néerlandaise emploie le terme « algemeen geneeskundige » (médecin de médecine générale), ce qui poserait problème. Le terme « médecin de médecine générale » utilisé par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après : « INAMI ») viserait le titulaire d'un diplôme de médecine qui n'a pas suivi de formation professionnelle complémentaire en médecine générale ni de spécialisation. Un médecin de médecine générale ne saurait dès lors être assimilé à un médecin généraliste agréé, ce qui ressortirait également de la nomenclature des prestations médicales remboursables, laquelle établit une distinction entre le généraliste agréé et le médecin généraliste avec droits acquis. Les travaux préparatoires de la disposition attaquée ne permettraient pas d'interpréter la notion de « médecin de médecine générale » d'une autre manière. Dans l'interprétation précitée, la disposition attaquée ne pourrait en aucun cas être justifiée par les soins de première ligne que dispensent les généralistes, dès lors que cette disposition ne leur est pas applicable.

A.3.1. Le Conseil des ministres estime qu'il ne peut y avoir de doute raisonnable concernant la portée de la notion de « médecin de médecine générale ». Il ressortirait en effet clairement de l'article 34, alinéa 1er, 1°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : loi AMI) et de l'article 1er, § 12, de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités que les médecins de médecine générale sont tous les médecins qui ne sont pas des « spécialistes » au sens de la réglementation AMI. Il s'agit donc des généralistes, des généralistes en formation et des généralistes avec droits acquis. Etant donné que la disposition attaquée concerne le remboursement, elle utiliserait à juste titre des notions qui sont utilisées ailleurs dans la réglementation relative aux remboursements.

A.3.2. Selon le Conseil des ministres, les médecins généralistes et les (autres) médecins spécialistes se trouvent dans des situations différentes par rapport au but poursuivi, qui consiste à offrir un meilleur accès aux

soins de santé. Le Conseil des ministres attire l'attention sur le fait que la médecine générale est une discipline académique et scientifique axée sur les soins de première ligne. La disposition attaquée va dans le même sens que de nombreux autres mécanismes instaurés par le législateur afin d'encourager un traitement plus global du patient. A cet égard, la législation attribue un rôle central au généraliste, qui serait le mieux placé pour réaliser l'objectif précité, en raison de son approche plus globale du patient et de ses contacts plus nombreux avec lui.

Le fait que l'obligation ne s'applique (provisoirement) qu'aux généralistes reposerait sur un critère objectif, à savoir le rôle spécifique joué par les généralistes dans la réalisation d'un accès plus aisé aux soins de première ligne. En encourageant la consultation des généralistes, la législation aurait en outre indirectement pour but d'adresser les patients aux spécialistes de manière plus ciblée. Par conséquent, la mesure serait cohérente au regard du but poursuivi. D'un point de vue pragmatique également, il s'indiquerait que le régime obligatoire du tiers payant soit d'abord imposé aux généralistes, dès lors que cette catégorie de médecins dispose des outils numériques nécessaires à son exécution correcte (consultation en ligne de l'assurabilité, facturation électronique, module de tarification).

Bien que le traitement de première ligne ne soit pas formellement réservé aux médecins généralistes, le législateur pouvait estimer qu'il convient d'inciter les patients à s'adresser d'abord à un médecin généraliste, qui dispensera un traitement plus global et pourra, le cas échéant, adresser le patient à un spécialiste compétent. En encourageant ce premier passage devant le généraliste, le législateur aurait instauré une politique cohérente en matière d'accessibilité aux soins de santé.

A.4. Les parties requérantes répliquent que, dans son mémoire, le Conseil des ministres invoque, concernant la différence de traitement affectant les généralistes, des motifs de justification qui n'ont pas été exposés dans les travaux préparatoires.

La focalisation particulière des généralistes sur la médecine de première ligne ne serait pas inscrite dans le cadre législatif. Le patient serait en principe libre de s'adresser en premier lieu au médecin généraliste ou de consulter immédiatement le spécialiste. En outre, les médecins spécialistes fournissent également des prestations qui relèvent de la médecine de base. Etant donné que la distinction entre les soins de première et de seconde ligne ne correspondrait pas à la distinction entre le généraliste et le spécialiste, il ne saurait être raisonnablement justifié que le régime obligatoire du tiers payant soit imposé seulement pour les prestations, à fixer par le Roi, qu'effectue le médecin généraliste et non pour les autres soins de base que la nomenclature réserve aux médecins spécialistes. Le critère de distinction ne serait dès lors pas pertinent.

Les parties requérantes contestent le point de vue du Conseil des ministres relatif à la portée de la notion de « médecin de médecine générale ». Les « médecins de médecine générale » constitueraient bien une catégorie de médecins à part, à côté des médecins généralistes et des médecins spécialistes. Alors que le « médecin de médecine générale » pourrait être défini, selon les termes d'un avis du 25 avril 2015 de la « Koninklijke Academie voor Geneeskunde van België », comme « un médecin enregistré, sans formation professionnelle complémentaire », le médecin généraliste et le médecin spécialiste bénéficieraient quant à eux d'une formation complémentaire. La disposition attaquée ne reposerait donc pas sur une justification objective et pertinente, dès lors que les médecins de médecine générale ne peuvent pas dispenser une part considérable des soins de base, en vertu de la nomenclature des prestations médicales.

A.5. Le Conseil des ministres n'invoque pas de nouveaux arguments dans son mémoire en réplique.

Le premier moyen dans l'affaire n° 6321 et le deuxième moyen dans l'affaire n° 6322

A.6.1. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec la liberté d'entreprendre. La disposition attaquée instaurerait une différence de traitement injustifiée entre les médecins généralistes et les autres praticiens d'une profession libérale, en ce que les médecins généralistes sont obligés d'appliquer le régime du tiers payant aux bénéficiaires d'une intervention majorée, sans que le patient ou le médecin aient le choix en la matière, alors que les autres praticiens d'une profession libérale disposent quant à eux du droit d'être payés par le cocontractant sans intervention d'un organisme public.

A.6.2. Selon les parties requérantes, les médecins généralistes et les autres praticiens d'une profession libérale constituent des catégories comparables. Même si toutes les professions libérales disposent d'un cadre de référence qui leur est propre, elles sont toutes caractérisées par une certaine liberté dans l'organisation de leur exercice et leurs praticiens jouissent dès lors d'une certaine liberté d'entreprendre.

Il n'existerait pas de justification raisonnable pour imposer aux seuls médecins généralistes l'application du régime du tiers payant pour une certaine catégorie de patients. En tout état de cause, le législateur n'a donné aucune justification à ce sujet. Les parties requérantes supposent que le législateur a voulu assurer un accès plus aisé aux soins de santé, en particulier pour un groupe de patients précarisés. A cet effet, l'ancien article 53, § 1er, de la loi AMI prévoyait déjà le droit pour certains patients de demander l'application du régime du tiers payant et prévoyait la possibilité pour le médecin d'accueillir cette demande. Une obligation générale prive le médecin de toute possibilité d'apprécier, dans le cadre de sa relation de confiance avec le patient, la nécessité d'appliquer le régime du tiers payant.

En outre, le risque afférent au statut d'assuré du patient et à son droit à une intervention majorée repose sur le médecin, dès lors que la charge de la preuve de ce statut n'incombe pas au patient mais au médecin.

La liberté contractuelle et le choix du cocontractant feraient intégralement partie de la liberté d'entreprendre. Dans la mesure où la loi prévoit pour une catégorie de médecins qu'ils percevront une partie substantielle de leurs honoraires de la part d'un organisme d'assurance de droit public, ils se voient imposer une partie contractante, ce qui serait contraire à la nature d'une profession libérale. Dans la mesure où le régime obligatoire du tiers payant est imposé également aux médecins non conventionnés, l'objectif d'assurer un accès aisé aux soins de santé ne serait en tout cas pas atteint, puisque ces médecins peuvent encore demander un supplément d'honoraires. La mesure entraînerait dès lors une restriction disproportionnée et non efficace de la capacité d'agir du médecin généraliste.

Enfin, le critère de distinction ne serait pas pertinent pour atteindre le but visé. L'application obligatoire du régime du tiers payant donnerait en effet aux bénéficiaires d'une intervention majorée carte blanche pour consulter un médecin généraliste conventionné à un prix symbolique (le ticket modérateur). Les parties requérantes n'aperçoivent pas comment une telle mesure pourrait améliorer la transparence des coûts des soins de santé et encore moins l'utilisation efficace des deniers publics.

A.7. Le Conseil des ministres soutient que la catégorie des médecins généralistes n'est pas comparable à celle des autres prestataires de professions libérales, compte tenu notamment de l'objectif poursuivi par la disposition attaquée, et qu'en tout état de cause le critère de distinction est objectif et pertinent.

Le législateur pourrait imposer, dans l'intérêt général, des restrictions à la liberté d'entreprendre. Le fait d'assurer l'accessibilité financière aux soins de santé pour un groupe de personnes vulnérables constituerait un tel objectif. La distinction entre les médecins généralistes et les autres titulaires de professions libérales serait directement liée au rôle que jouent les premiers dans le cadre de l'accessibilité aux soins de santé : les généralistes sont en principe chargés de dispenser les soins de première ligne et doivent à cet égard prêter une attention particulière aux groupes sociaux vulnérables. La distinction reposerait dès lors sur un critère raisonnable, qui est pertinent au regard de l'objectif poursuivi par la disposition attaquée.

L'introduction du régime obligatoire du tiers payant n'entraînerait en outre pas de charge administrative inutile pour le médecin. En exécution de la disposition attaquée et parallèlement à celle-ci, diverses autres mesures ont en effet été prises, telles que la possibilité d'accélérer et d'automatiser le paiement. Qui plus est, le généraliste peut consulter en ligne, sur MyCareNet, le statut d'assuré de son patient et il ne court donc aucun risque en la matière : il consulte, en effet, des informations actuelles et reçoit un engagement de paiement s'il facture ensuite également par voie électronique. La mesure attaquée s'inscrirait ainsi dans l'amélioration générale de l'évaluation administrative du droit à une intervention à charge de l'assurance maladie.

A.8. Les parties requérantes répliquent que la comparabilité des médecins généralistes et des autres praticiens de professions libérales est établie, étant donné que les deux catégories de personnes prêtent leur concours à l'exercice d'une partie du service public et qu'elles jouissent toutes deux d'une indépendance par rapport aux autorités publiques. Cette indépendance serait garantie par la liberté d'appréciation dont bénéficient les praticiens de professions libérales pour fournir un service déterminé si le bénéficiaire peut se prévaloir d'une intervention d'un organisme de droit public. Pour cette raison, les parties requérantes ne s'opposent pas au régime facultatif du tiers payant mais au régime obligatoire du tiers payant, instauré par la disposition attaquée,

système dans lequel le médecin n'a pas d'autre choix que de prodiguer des soins contre un paiement qui, en ce qui concerne la partie couverte par l'assurance maladie, est exécuté par un organisme de droit public.

Selon les parties requérantes, le but poursuivi peut être atteint avec des mesures qui ne restreignent pas de manière aussi radicale l'indépendance du médecin en tant que praticien d'une profession libérale, telles que le régime existant du tiers payant facultatif, l'existence de listes où figurent les médecins conventionnés et l'obligation renforcée pour les médecins d'assister les personnes en détresse.

En ce qui concerne l'amélioration de la sécurité juridique administrative, les parties requérantes constatent que le Conseil des ministres renvoie à l'arrêté d'exécution de la disposition attaquée, lequel ne ressortit pas à la saisine de la Cour. L'accès à MyCareNet, qui permet l'identification du patient et la vérification de son statut d'assuré, ne serait pas garanti par la disposition attaquée. Les médecins devraient avoir accès à MyCareNet par le biais d'un fournisseur de logiciels propre et par des investissements personnels, ce qui, jusqu'à aujourd'hui, est très difficile. Dans le cadre de son contrôle de proportionnalité, la Cour ne pourrait pas tenir compte de mesures d'adoucissement pour lesquelles la norme attaquée n'offre aucune garantie. Pour être complètes, les parties requérantes observent encore que les dispositions d'exécution ne créent une sécurité de paiement que pour les médecins qui facturent par la voie électronique. Pour les médecins qui continuent d'appliquer la facturation sur papier, cette sécurité de paiement offerte par l'INAMI et les mutualités n'est pas garantie dans le cas d'un patient qui ne bénéficie pas du statut d'assuré.

A.9. Le Conseil des ministres reprend dans son mémoire en réplique l'argumentation exposée dans son mémoire et ajoute que, lors de l'élaboration du régime du tiers payant, il a été tenu compte des risques et abus possibles. En outre, le régime du tiers payant entraînerait une diminution du report des soins de santé et, ainsi, une diminution des soins de santé de seconde ligne et contribuerait à l'allocation efficace des deniers publics.

Le deuxième moyen dans l'affaire n° 6321 et le troisième moyen dans l'affaire n° 6322

A.10.1. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, en ce que la disposition attaquée instaure un traitement identique des médecins généralistes conventionnés et non conventionnés, dans la mesure où ils sont tous soumis au régime obligatoire du tiers payant, alors qu'ils constitueraient des catégories qui ne seraient pas du tout comparables en ce qui concerne la possibilité de remboursement des honoraires dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et dans le cadre du régime du tiers payant.

A.10.2. Tandis que les médecins conventionnés ont choisi de souscrire à l'accord national entre les médecins et les mutualités et de respecter les tarifs conventionnés qui figurent dans cet accord, les médecins non conventionnés n'ont pas souscrit à cet accord et ont le droit de demander au patient, en plus de ces tarifs, un supplément d'honoraire. En outre, les médecins conventionnés bénéficient d'une allocation annuelle pour leur adhésion à l'accord national, tandis que les médecins non conventionnés ne perçoivent pas cette allocation. Les deux catégories ne seraient dès lors absolument pas comparables au regard du régime obligatoire du tiers payant.

Le critère de distinction, à savoir la qualité de médecin généraliste, indépendamment du statut conventionné ou non, ne serait pas adéquat pour atteindre l'objectif visé qui est d'abaisser le seuil d'accès aux soins de santé pour une catégorie déterminée d'ayants droit. En effet, les médecins non conventionnés facturent toujours un supplément d'honoraires au patient, même si l'intéressé relève du régime obligatoire du tiers payant.

La disposition attaquée aurait des effets disproportionnés pour les médecins non conventionnés. Alors qu'ils ont expressément choisi de ne pas souscrire aux tarifs conventionnés et qu'ils ne reçoivent dès lors pas d'allocation publique annuelle pour ce faire, la créance de ces médecins est transférée pour une partie considérable des honoraires, sans qu'ils aient donné leur accord.

A.11. Le Conseil des ministres souligne que la distinction entre les médecins conventionnés et non conventionnés concerne les honoraires qu'ils peuvent facturer au patient et non le mode de paiement de ces honoraires. La disposition attaquée concerne seulement le mode de paiement et n'affecte nullement la distinction entre les médecins conventionnés et non conventionnés.

Selon le Conseil des ministres, l'absence de distinction entre les médecins conventionnés et non conventionnés est parfaitement légitime, eu égard à l'objectif poursuivi. En effet, le législateur pouvait estimer

que la liberté de choix du patient de s'adresser à un médecin généraliste conventionné ou non s'intègre dans la politique d'accessibilité. Le fait que les médecins généralistes non conventionnés soient aussi obligés d'appliquer le régime du tiers payant pour certains patients a effectivement une incidence positive sur l'accessibilité aux soins de santé. Nonobstant le fait que ces médecins généralistes peuvent demander un supplément d'honoraires, le régime obligatoire du tiers payant a en effet pour conséquence que le patient ne doit pas avancer le montant de l'intervention de l'assurance maladie obligatoire. La mesure est donc réellement efficace.

Le Conseil des ministres conclut que les généralistes conventionnés et non conventionnés se trouvent dans une situation similaire par rapport au régime du tiers payant. La faculté, pour les généralistes non conventionnés, de demander des suppléments d'honoraires est indépendante du régime du tiers payant, qui ne concerne que l'intervention de l'assurance maladie obligatoire.

A.12. Les parties requérantes répliquent que les médecins conventionnés et les médecins non conventionnés constituent des catégories fondamentalement différentes du point de vue de l'accessibilité aux soins de santé. Dans la mesure où l'application du régime du tiers payant par les médecins conventionnés supprime, pour les bénéficiaires, un obstacle à l'accès à la médecine, il est impossible, selon les parties requérantes, que tel soit le cas lorsque les médecins non conventionnés appliquent le régime du tiers payant. Ces derniers peuvent en effet toujours facturer à l'intéressé un supplément d'honoraires en plus du ticket modérateur. L'accessibilité aux soins de santé pour ceux pour lesquels le paiement ou même le préfinancement des honoraires est trop élevé ne pourrait dès lors pas être garantie, dans le cas des médecins non conventionnés, par un régime obligatoire du tiers payant. Il appartiendrait au législateur de prévoir une réglementation cohérente en la matière.

De plus, la liberté de choix du patient ne serait pas affectée si les médecins non conventionnés n'étaient pas soumis au régime du tiers payant.

A.13. Dans son mémoire en réplique, le Conseil des ministres reprend l'essentiel de l'argumentation qu'il a développée dans son mémoire.

Le troisième moyen dans l'affaire n° 6321 et le quatrième moyen dans l'affaire n° 6322

A.14. Le moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec le principe de la sécurité juridique, en ce que la disposition attaquée aurait un effet rétroactif qui n'est pas justifié par un objectif d'intérêt général.

Les parties requérantes font valoir que la disposition attaquée instaure le régime obligatoire du tiers payant à partir du 1er juillet 2015, alors que la loi elle-même date du 15 juillet 2015 et n'a été publiée au *Moniteur belge* que le 17 août 2015. En outre, le Roi n'a désigné les prestations qui relèvent du régime obligatoire du tiers payant que par l'arrêté royal du 18 septembre 2015 « portant exécution de l'article 53, § 1er de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant » de sorte que ce n'est qu'à la publication de cet arrêté royal au *Moniteur belge* du 23 septembre 2015 qu'il est apparu clairement pour quelles prestations le régime du tiers payant devait déjà être appliqué depuis le 1er juillet 2015.

Les médecins généralistes se trouveraient dès lors face à une disposition législative qui s'applique à des actes qui avaient déjà été accomplis avant sa publication et dont la légitimité est compromise par la rétroactivité de la loi. Les prestations qui ont été facturées avant le 23 septembre 2015 sans application du régime du tiers payant pourraient en effet être considérées comme irrégulières, de sorte que les médecins concernés s'exposent aux sanctions pénales prévues dans l'article 169 de la loi AMI.

Les travaux préparatoires n'offriraient aucune justification pour la rétroactivité de la loi.

A.15. Selon le Conseil des ministres, la disposition attaquée n'est nullement rétroactive. Conformément à l'article 53, § 1er, alinéa 14, de la loi AMI, modifié par la disposition attaquée, le régime obligatoire du tiers payant n'est applicable qu'aux « prestations de santé déterminées par le Roi ». Tant que le Roi n'avait pas déterminé les prestations de santé en question, aucune prestation ne devait dès lors être facturée selon le régime du tiers payant. Avant cela, il existait, il est vrai, une obligation théorique, mais celle-ci ne s'appliquait à aucune prestation.

Les parties requérantes soutiendraient dès lors à tort que l'obligation pour les médecins généralistes d'appliquer le régime du tiers payant à certaines prestations est entrée en vigueur avec effet rétroactif le 1er juillet 2015. Cette obligation n'est devenue exécutoire qu'après que le Roi eut déterminé, par l'arrêté du 18 septembre 2015, les prestations auxquelles elle s'applique. Cet arrêté est entré en vigueur le 1er octobre 2015, de sorte que l'obligation vaut seulement pour les prestations fournies à partir de cette date.

La disposition attaquée ne serait nullement une source d'insécurité juridique, étant donné qu'elle n'a pas d'effet rétroactif. En outre, elle ne contient aucune disposition nouvelle mais ne fait que confirmer les dispositions qui figuraient déjà dans la loi du 19 décembre 2015 et dont les destinataires connaissaient déjà la portée.

A titre complémentaire, le Conseil des ministres attire l'attention sur le fait qu'une période de tolérance était prévue jusqu'au 1er octobre 2015 pour l'application du régime obligatoire du tiers payant, ce qui ressort de l'exposé du ministre de la Santé publique lors de la discussion relative au projet de loi en Commission de la santé publique. En outre, la page internet de l'INAMI mentionne clairement que le régime du tiers payant est obligatoirement d'application à partir du 1er octobre 2015. Le site internet de l'une des parties requérantes et du « Vlaams Artsensyndicaat, afdeling Antwerpen, Limburg en Vlaams-Brabant » (Syndicat flamand des médecins, section d'Anvers, du Limbourg et du Brabant flamand) attesterait également que les parties requérantes ont effectivement connaissance de la portée précise de la disposition attaquée.

A.16. Les parties requérantes maintiennent leur position selon laquelle la disposition attaquée, qui dispose qu'elle entre en vigueur le 1er juillet 2015 alors qu'elle n'a été publiée que le 17 août 2015 au *Moniteur belge*, est rétroactive.

La délégation accordée au Roi ne concernerait que le fait de déterminer les prestations qui relèvent du régime obligatoire du tiers payant et non la date d'entrée en vigueur de la disposition attaquée. L'alinéa 14 de l'article 53, § 1er, de la loi AMI serait tout à fait superflu s'il n'avait pas pour but de conférer un effet rétroactif au régime obligatoire du tiers payant, puisque l'alinéa 13 de cette disposition attribue déjà au Roi la délégation nécessaire pour déterminer les prestations concernées.

Selon les parties requérantes, le Conseil des ministres reconnaît du reste la rétroactivité lorsqu'il fait référence à une période de transition qui a été annoncée par le ministre sur le site internet de l'INAMI. Une telle période de transition n'est utile et nécessaire que si une mesure législative est déjà en vigueur. Les justiciables ne sauraient se prévaloir de droits acquis sur la base d'une telle tolérance.

A.17. Le Conseil des ministres n'invoque pas de nouveaux arguments dans son mémoire en réplique.

- B -

Quant aux dispositions attaquées

B.1.1. Les parties requérantes demandent l'annulation de l'article 20 de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé, qui a apporté à l'article 53, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : loi AMI) les modifications suivantes :

« a) cinq alinéas rédigés comme suit sont insérés entre les alinéas 1er et 2 :

‘ Dans le cadre du régime du tiers payant, et sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à

l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.

Le Roi fixe la date à partir de laquelle, pour une catégorie de dispensateurs de soins, la transmission aux organismes assureurs de données dans le cadre du régime du tiers payant au moyen d'un réseau électronique est applicable.

A partir de la date fixée en vertu de l'alinéa 3, le dispensateur de soins dispose d'un délai de deux ans pour respecter l'obligation visée à l'alinéa 2.

L'alinéa 1er reste d'application dans le cadre du régime du tiers payant :

1° avant la date fixée en vertu de l'alinéa 3;

2° pendant la période visée à l'alinéa 4 tant que le dispensateur de soins n'a pas respecté l'obligation visée à l'alinéa 2.

Par dérogation aux alinéas 3 et 4, l'obligation visée à l'alinéa 2 naît le 1^{er} juillet 2015 pour les praticiens de l'art infirmier. »;

b) l'alinéa 2, devenant l'alinéa 7, est remplacé par ce qui suit :

« Les organismes assureurs ne peuvent accorder de remboursement si l'attestation de soins donnés ou de fournitures, le document en tenant lieu ou les données visées à l'alinéa 2, ne leur sont pas transmis. »;

c) dans l'alinéa 3, devenant l'alinéa 8, les mots « ou transmettre » sont insérés entre le mot « remettre » et les mots « ces documents », et les mots « ou données » sont insérés entre les mots « ces documents » et les mots « dès que »;

d) à l'alinéa 8, devenant l'alinéa 13, les modifications suivantes sont apportées :

1° la phrase « Dans le cadre du régime du tiers payant, le Comité de l'assurance fixe les modalités administratives relatives à la transmission des documents prévus à l'alinéa 1er aux organismes assureurs. » est insérée entre la phrase « Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition. » et la phrase « Le Roi peut, sous réserve des situations pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est obligatoire, également préciser les conditions et modalités selon lesquelles une interdiction d'application du régime du tiers payant est prononcée à l'égard de dispensateurs individuels. »;

2° les mots « fixe les modalités de cette vérification et » sont abrogés;

e) l'alinéa 9, devenant l'alinéa 14, est remplacé par ce qui suit :

« A partir du 1er juillet 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant est introduite vis-à-vis des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, pour les prestations de santé délivrées par le médecin généraliste, telles que déterminées par le Roi, soit :

1° sur la base d'une proposition de la Commission nationale médico-mutualiste qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance;

2° sur la base de la proposition formulée par la Commission nationale médico-mutualiste à la demande du ministre; ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance;

3° sur la base de la proposition du ministre. »;

f) dans l'alinéa 10, devenant l'alinéa 15, le chiffre ' 9 ' est chaque fois remplacé par le chiffre ' 14 ';

g) l'alinéa 11, devenant l'alinéa 16, est remplacé par deux alinéas rédigés comme suit :

« Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre l'obligation visée à l'alinéa 14 à d'autres catégories de bénéficiaires.

Le Service des soins de santé de l'Institut analyse les éléments qui sont communiqués par les organismes assureurs concernant l'application obligatoire du régime du tiers payant visée à l'alinéa 14 après un an de cette application. Le Service précise les données à communiquer ainsi que les modalités de leur communication. »;

h) dans l'alinéa 14, devenant l'alinéa 20, le chiffre ' 13 ' est remplacé par le chiffre ' 19 ' ».

B.1.2. Il ressort de l'exposé des moyens que les griefs formulés par les parties requérantes sont uniquement dirigés contre l'article 20 de la loi du 17 juillet 2015 « portant des dispositions diverses en matière de santé » en ce qu'il instaure, à l'article 53, § 1er, alinéa 14, de la loi AMI, l'obligation, pour les médecins généralistes, d'appliquer le régime du tiers payant. La Cour limite son examen à cet alinéa de la disposition attaquée.

B.2.1. Par régime du tiers payant, on entend « le mode de paiement par lequel le dispensateur de soins reçoit directement, de l'organisme assureur auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire à qui les prestations de santé ont été dispensées, le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance obligatoire » (article 2, s), de la loi AMI).

B.2.2. L'obligation d'appliquer le régime du tiers payant avait déjà été introduite dans l'article 53, § 1er, alinéa 9, de la loi AMI par l'article 18 de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé. Cette disposition

prévoyait, à partir du 1er janvier 2015, l'obligation, pour tous les dispensateurs de soins, d'appliquer le régime du tiers payant à l'égard de deux catégories de personnes, à savoir les bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance et les bénéficiaires du statut « affection chronique », pour les prestations médicales déterminées par le Roi, sur proposition ou non de la commission de conventions ou d'accords compétente.

L'introduction du régime obligatoire du tiers payant pour ces catégories avait été justifiée comme suit dans les travaux préparatoires de la loi du 27 décembre 2012 :

« Le tiers payant, en ce qu'il permet à l'assuré de ne pas faire l'avance du coût des soins de santé pris en charge par l'assurance obligatoire, améliore l'accessibilité financière des prestations de santé remboursées. Pour le moment, les dispensateurs de soins ont en principe le libre choix de ne pas appliquer le régime du tiers payant. Il existe seulement une obligation dans certains cas spécifiques. [...] La disposition introduite a pour objet de rendre obligatoire l'application du tiers payant pour deux groupes plus vulnérables sur ce plan : les bénéficiaires de l'intervention majorée et les bénéficiaires du statut affection chronique [...] » (*Doc. parl., Chambre, 2012-2013, DOC 53-2524/001, p. 12*) ».

Les travaux préparatoires mentionnent, en ce qui concerne l'entrée en vigueur graduelle de l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant à partir du 1er janvier 2015 :

« Cela peut se faire graduellement pour tenir compte de l'implémentation du système MyCareNet. Le calendrier sera ainsi adapté pour les différents prestataires.

Certains prestataires pour lesquels il n'existe aujourd'hui aucune obligation d'application du régime du tiers-payant utilisent déjà ce système à grande échelle (entre autres les infirmiers, les logopèdes). Pour les autres, des accords doivent encore être pris. Il sera veillé en tout cas à ce que ce régime puisse se trouver le plus rapidement possible sur le terrain.

Le Roi indiquera les prestations pour lesquelles l'obligation est en vigueur. Ce ne sera notamment pas le cas pour les visites à domicile des médecins généralistes.

A partir du 1er janvier 2014, une base de données comprenant les données d'assurabilité sera disponible chez les organismes assureurs. Toutefois, à ce moment-là, l'intégration n'aura pas encore été prévue d'un module informatique adapté au sein du dossier médical informatisé des médecins généralistes. Pour les dentistes et les médecins spécialistes, il n'existe pas aujourd'hui de logiciels labellisés en dehors de l'hôpital. Il est donc proposé de n'introduire le tiers payant social obligatoire que graduellement à partir du 1er janvier 2015. Dans cette optique, il faut que soit mise en place une procédure la plus simple possible

administrativement. En outre, des mesures doivent être développées pour empêcher les éventuels abus.

Il est encore proposé que lors de l'entrée en vigueur du système concerné, une procédure comparable à celle existant pour l'adaptation de la nomenclature soit suivie. Ce qui signifie que les commissions de conventions et d'accords peuvent formuler une proposition de leur propre initiative ou sur initiative du ministre. En cas de non-accord, le ministre peut lui-même formuler une proposition motivée » (*Doc. parl.*, Chambre, 2012-2013, DOC 53-2524/003, pp. 2-3) ».

B.2.3. Par l'article 137 de la loi-programme du 19 décembre 2014, le législateur a reporté et limité l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant, telle qu'elle était réglée par l'ancien article 53, § 1er, alinéa 9, de la loi AMI. L'entrée en vigueur graduelle de cette obligation a été reportée du 1er janvier 2015 au 1er juillet 2015. En outre, l'obligation a été limitée aux prestations des médecins généralistes, que le Roi détermine, fournies aux bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance. Les autres dispensateurs de soins et les patients bénéficiant du statut « affection chronique » ne relèvent donc plus de ce régime.

La même disposition a par ailleurs introduit dans l'article 53, § 1er, de la loi AMI, pour les dispensateurs de soins appliquant le régime du tiers payant, l'obligation de facturation électronique à l'organisme assureur, par la transmission des données via un réseau électronique (MyCareNet). Le Roi est habilité à fixer la date à partir de laquelle cette facturation électronique est applicable pour une catégorie de dispensateurs de soins. A partir de cette date, les dispensateurs de soins disposent d'un délai de deux ans pour respecter l'obligation de facturation électronique.

Enfin, une évaluation du régime obligatoire du tiers payant a été prévue après un an d'application.

En vertu de l'article 139 de la loi-programme du 19 décembre 2014, les modifications précitées sont entrées en vigueur le 1er juillet 2015.

B.2.4. Dans les travaux préparatoires de la loi-programme du 19 décembre 2014, ces modifications de l'article 53, § 1er, de la loi AMI ont été justifiées comme suit :

« La loi du 27 décembre 2012 a introduit, avec entrée en vigueur au 1er janvier 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant pour les bénéficiaires du régime

préférentiel et les personnes ayant le statut de malade chronique, en ce qui concerne les prestations désignées par le Roi.

Le chapitre 10 de la loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé a d'autre part introduit, également avec entrée en vigueur au 1er janvier 2015, un certain nombre de dispositions dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en vue de renforcer la transparence de l'information sur les implications financières des soins.

Sans remettre en cause les objectifs visés par ces deux modifications légales, il doit être constaté que la préparation de leur exécution opérationnelle n'est pas encore suffisamment loin. Le gouvernement souhaite limiter l'application obligatoire du tiers payant social aux prestations des médecins généralistes, à l'exception des visites, et pour les bénéficiaires ayants droit au régime préférentiel. Il est en effet important que les dispensateurs de soins disposent des instruments digitaux nécessaires pour que ces réformes puissent être appliquées de manière correcte et sans créer de charges. De même, il faut que les mesures nécessaires soient prises afin d'éviter qu'il ne soit abusé des possibilités de facturation digitale à des fins frauduleuses. Il y a de plus un lien entre les deux réformes puisque l'application du régime du tiers payant va de pair avec la remise obligatoire d'un document justificatif au patient. Le législateur avait à cet égard déjà fait une exception pour les consultations des médecins, mais cela n'est pas suffisant. Pour une correcte application du régime du tiers payant, l'utilisation des services de mycarenet en regard avec la consultation du statut d'assurance du bénéficiaire, aux fins de fixer correctement l'intervention de l'assurance obligatoire soins de santé, et la transmission électronique de l'attestation de soins donnés est une donnée indispensable. Les organismes assureurs mettent dans un avenir proche ces services électroniques à la disposition des médecins généralistes. Il ne suffit cependant pas que ces services soient disponibles, les médecins généralistes doivent de leur côté disposer des logiciels adaptés pour pouvoir faire un lien avec les services de mycarenet. Les dispositions concernant la transparence financière seront dès lors également reportées au 1er juillet 2015. Enfin, l'application du tiers payant social obligatoire est, dans un même souci de faisabilité, limitée aux bénéficiaires de l'intervention majorée.

Pour une application correcte dans le temps des nouvelles dispositions susmentionnées, leur entrée en vigueur est donc reportée du 1er janvier 2015 au 1er juillet 2015 » (*Doc. parl.*, Chambre, 2014-2015, DOC 54-0672/001, pp. 56-57).

B.2.5. L'article 20, attaqué, de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé reprend en des termes pour ainsi dire identiques le contenu de l'article 137, précité, de la loi-programme du 19 décembre 2014, rétroactivement abrogé par les articles 2 et 3 de la loi du 17 juillet 2015.

Il est toutefois ajouté qu'à partir du 1er juillet 2015, les praticiens de l'art infirmier doivent utiliser la facturation électronique aux organismes assureurs, lorsqu'ils appliquent le régime du tiers payant. Les travaux préparatoires justifient cette mesure par le fait que « la facturation

électronique dans le cadre du régime du tiers payant est déjà réalisée en pratique pour ces dispensateurs de soins » (*Doc. parl.*, Chambre, 2014-2015, DOC 54-1161/001, p. 17).

L'article 21 de la loi du 17 juillet 2015 fixe la date d'entrée en vigueur de l'article 20 précité au 1er juillet 2015.

B.2.6. Depuis sa modification par l'article 20, attaqué, l'article 53, § 1er, de la loi AMI dispose :

« Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1er, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature ou de la manière déterminée dans un Règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations. Que le dispensateur de soins effectue les prestations pour son propre compte ou pour compte d'autrui, le montant payé par le bénéficiaire au dispensateur de soins pour les prestations effectuées est mentionné sur la partie reçue de l'attestation de soins donnés ou de fournitures ou sur le document équivalent. Dès qu'une convention ou un accord a fixé des règles en matière de facturation électronique par les dispensateurs de soins, le Roi fixe, sur proposition du Comité de l'assurance et après avis de la commission de conventions ou d'accords compétente, les données complémentaires à transmettre par les dispensateurs de soins aux organismes assureurs.

Dans le cadre du régime du tiers payant, et sans préjudice des obligations établies en vertu de l'article 320 du Code des impôts sur les revenus 1992, les documents visés à l'alinéa 1er sont remplacés par une transmission de données par le dispensateur de soins aux organismes assureurs au moyen d'un réseau électronique, selon les modalités administratives déterminées par le Comité de l'assurance.

Le Roi fixe la date à partir de laquelle, pour une catégorie de dispensateurs de soins, la transmission aux organismes assureurs de données dans le cadre du régime du tiers payant au moyen d'un réseau électronique est applicable.

A partir de la date fixée en vertu de l'alinéa 3, le dispensateur de soins dispose d'un délai de deux ans pour respecter l'obligation visée à l'alinéa 2.

L'alinéa 1er reste d'application dans le cadre du régime du tiers payant :

1° avant la date fixée en vertu de l'alinéa 3;

2° pendant la période visée à l'alinéa 4 tant que le dispensateur de soins n'a pas respecté l'obligation visée à l'alinéa 2.

Par dérogation aux alinéas 3 et 4, l'obligation visée à l'alinéa 2 naît le 1er juillet 2015 pour les praticiens de l'art infirmier.

Les organismes assureurs ne peuvent accorder de remboursement si l'attestation de soins donnés ou de fournitures, le document en tenant lieu ou les données visées à l'alinéa 2, ne leur sont pas transmis.

Le dispensateur de soins est tenu de remettre ou transmettre ces documents ou données dès que possible et au plus tard dans un délai fixé par le Roi. Une amende administrative de 25 à 250 euros est infligée pour chaque infraction commise par le dispensateur de soins.

Lorsque, dans le délai de trois ans à compter de la date à laquelle une amende administrative lui a été infligée, le contrevenant commet une infraction de même nature que celle qui a donné lieu à l'application d'une amende administrative, le montant de l'amende infligée précédemment est chaque fois doublé.

Le Roi fixe le montant de l'amende administrative ainsi que la procédure relative à la constatation des infractions et au prononcé des amendes administratives.

Le produit de ces amendes est versé à l'Institut, secteur des soins de santé.

Le Roi peut fixer les conditions et les modalités de paiement de l'intervention de l'assurance au bénéficiaire ou à ses représentants. Il peut également préciser quelles sont les personnes qui ne peuvent agir en qualité de représentant.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'Il détermine, le régime du tiers payant est autorisé, interdit ou obligatoire. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition. Dans le cadre du régime du tiers payant, le Comité de l'assurance fixe les modalités administratives relatives à la transmission des documents prévus à l'alinéa 1er aux organismes assureurs. Le Roi peut, sous réserve des situations pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est obligatoire, également préciser les conditions et modalités selon lesquelles une interdiction d'application du régime du tiers payant est prononcée à l'égard de dispensateurs individuels. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis du Comité de l'assurance, subordonner, pour les prestations de soins qu'Il détermine, le régime du tiers payant à la vérification de l'identité du bénéficiaire. Le Roi peut prévoir des exceptions à celle-ci.

A partir du 1er juillet 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant est introduite vis-à-vis des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, pour les prestations de santé délivrées par le médecin généraliste, telles que déterminées par le Roi, soit :

1° sur la base d'une proposition de la Commission nationale médico-mutualiste qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance;

2° sur la base de la proposition formulée par la Commission nationale médico-mutualiste à la demande du ministre; ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance;

3° sur la base de la proposition du ministre.

La procédure visée à l'alinéa 14, 3°, peut être suivie lorsque les propositions de la commission de conventions ou d'accords compétente ne répondent pas aux objectifs contenus dans la demande visée à l'alinéa 14, 2°. Dans ce cas, le refus de la proposition de la commission de conventions ou d'accords compétente doit être motivé.

Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des ministres, étendre l'obligation visée à l'alinéa 14 à d'autres catégories de bénéficiaires.

Le Service des soins de santé de l'Institut analyse les éléments qui sont communiqués par les organismes assureurs concernant l'application obligatoire du régime du tiers payant visée à l'alinéa 14 après un an de cette application. Le Service précise les données à communiquer ainsi que les modalités de leur communication.

Il est interdit aux mutualités, unions nationales et organismes assureurs de faire fonctionner dans des établissements de soins de santé des guichets auxquels le paiement de l'intervention de l'assurance soins de santé peut être obtenu, de quelque manière que ce soit.

Le Roi peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer les conditions et les cas dans lesquels une obligation de paiement de l'intervention de l'assurance par l'organisme assureur s'applique vis-à-vis de certaines catégories de dispensateurs de soins, qui apportent la preuve qu'ils ont consulté les données d'identité et d'assurabilité des assurés sociaux, précisées par Lui, et qui ont appliqué le régime du tiers payant conformément aux données d'identité et d'assurabilité précitées. Cette obligation de paiement ne vaut que vis-à-vis des dispensateurs de soins qui ont observé les dispositions légales ou réglementaires; l'obligation de paiement susmentionnée vis-à-vis des dispensateurs de soins n'enlève en outre rien à la possibilité de réclamer à l'assuré les interventions qui auraient été octroyées indûment, conformément aux dispositions de l'article 164.

Le Roi précise les modalités d'application de l'obligation de paiement visée à l'alinéa 19 par la Caisse de secours et de prévoyance en faveur des marins et par l'Office de Sécurité sociale d'Outre-mer ».

Quant au fond

B.3. Dans leurs moyens, les parties requérantes dénoncent plusieurs violations du principe d'égalité et de non-discrimination garanti par les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés ou non avec des principes généraux de droit.

Elles dénoncent plus particulièrement une différence de traitement entre les médecins généralistes et les autres médecins (premier moyen dans l'affaire n° 6322) ainsi qu'entre les médecins généralistes et les autres titulaires d'une profession libérale (premier moyen dans l'affaire n° 6321 et deuxième moyen dans l'affaire n° 6322). Les parties requérantes dénoncent également l'égalité de traitement qui est faite entre les médecins généralistes conventionnés et les médecins généralistes non conventionnés (deuxième moyen dans l'affaire n° 6321 et troisième moyen dans l'affaire n° 6322).

Le premier moyen dans l'affaire n° 6322 allègue en outre une atteinte discriminatoire au principe de sécurité juridique, en raison de la signification confuse de la notion de « algemeen geneeskundige », utilisée dans la version néerlandaise de la disposition attaquée. Enfin, les parties requérantes dénoncent une atteinte discriminatoire au principe de la sécurité juridique, en ce que la disposition attaquée aurait un effet rétroactif (troisième moyen dans l'affaire n° 6321 et quatrième moyen dans l'affaire n° 6322).

Etant donné que la détermination de la portée de la notion de « algemeen geneeskundige », utilisée dans la version néerlandaise de la disposition attaquée, est essentielle pour l'examen des violations du principe d'égalité et de non-discrimination, dénoncées, il y a lieu d'examiner d'abord cette branche du premier moyen dans l'affaire n° 6322.

En ce qui concerne la portée de la notion de « algemeen geneeskundige » utilisée dans la version néerlandaise de la disposition attaquée (premier moyen dans l'affaire n° 6322)

B.4.1. Selon les parties requérantes dans l'affaire n° 6322, contrairement à la notion de « médecin généraliste » utilisée dans la version française de la disposition attaquée, la notion de « algemeen geneeskundige » utilisée dans la version néerlandaise ne pourrait être assimilée à celle de « huisarts » (médecin généraliste) mais viserait les personnes titulaires d'un diplôme

de médecine qui n'ont pas suivi de formation complémentaire de médecine générale ou de médecine spécialisée. Cette ambiguïté concernant le champ d'application personnel de la disposition attaquée porterait une atteinte disproportionnée au principe de la sécurité juridique.

B.4.2. Il ressort clairement des travaux préparatoires relatifs à l'article 137 de la loi-programme du 19 décembre 2014, dont l'article 20, attaqué, a reproduit le contenu, que le législateur a voulu limiter aux médecins généralistes (« huisartsen » en néerlandais) l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant (*Doc. parl.*, Chambre, 2014-2015, DOC 54-0672/001, pp. 56-57).

En utilisant, dans la version néerlandaise de la disposition attaquée, la notion de « algemeen geneeskundige », qui a bien la même portée que la notion de « médecin généraliste » utilisée dans la version française, le législateur a limité en ce sens le champ d'application personnel du régime du tiers payant. Les autres dispositions de la loi AMI et ses arrêtés d'exécution utilisent aussi la notion néerlandaise de « algemeen geneeskundige » pour désigner le médecin généraliste, y compris le médecin généraliste en formation et le médecin généraliste avec droits acquis. Cette catégorie de médecins doit être distinguée de celle des médecins spécialistes et de celle des titulaires d'un diplôme de médecine qui ne sont ni médecins généralistes, ni médecins spécialistes.

B.4.3. Dès lors qu'il n'existe aucune ambiguïté quant à la portée de la notion de « algemeen geneeskundige » et, partant, quant au champ d'application personnel de la disposition attaquée, il n'est pas porté atteinte de manière discriminatoire au principe de la sécurité juridique.

B.4.4. Le premier moyen dans l'affaire n° 6322, en ce qu'il est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec le principe de la sécurité juridique, n'est pas fondé.

En ce qui concerne la différence de traitement entre les médecins généralistes et les autres médecins (premier moyen dans l'affaire n° 6322)

B.5. Selon les parties requérantes dans l'affaire n° 6322, la disposition attaquée violerait les articles 10 et 11 de la Constitution, en ce que l'obligation d'appliquer le régime du tiers

payant, visée à l'article 53, § 1er, alinéa 14, de la loi AMI, est uniquement imposée aux médecins généralistes, alors que les autres médecins, en particulier les médecins spécialistes, peuvent eux aussi prodiguer des soins de santé de première ligne remboursés.

B.6.1. En instaurant l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant à l'égard de groupes de personnes vulnérables bien déterminés, le législateur entendait améliorer l'accessibilité financière des prestations de santé (*Doc. parl.*, Chambre, 2012-2013, DOC 53-2524/001, p. 12).

La limitation du champ d'application de cette obligation aux médecins généralistes était dictée par le souci de garantir l'applicabilité technique du régime concerné : en effet, le législateur a constaté que l'utilisation du réseau électronique MyCareNet, en vue de consulter le statut d'assurance du bénéficiaire, et la facturation électronique étaient indispensables pour une application correcte du régime obligatoire du tiers payant. Pour garantir que ces instruments numériques soient mis à temps à la disposition des dispensateurs de soins concernés, ce régime a été limité aux médecins généralistes (*Doc. parl.*, Chambre, 2014-2015, DOC 54-0672/001, pp. 56-57).

B.6.2. Il appartient au législateur d'apprécier dans quelle mesure il est opportun d'adopter, dans le cadre de sa politique socio-économique, des mesures destinées à améliorer l'accessibilité des soins de santé. Il dispose en la matière d'un large pouvoir d'appréciation.

Lorsque le législateur instaure l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant, il relève de son pouvoir d'appréciation de déterminer les catégories de dispensateurs de soins qui relèvent de ce régime. La Cour ne peut sanctionner un tel choix politique et les motifs qui le fondent que s'ils sont dépourvus de justification raisonnable.

B.6.3. Afin de garantir l'applicabilité technique du régime obligatoire du tiers payant, le législateur a pu limiter ce régime aux médecins généralistes, qui disposent des instruments

numériques nécessaires pour appliquer ce régime de manière correcte et sans charges administratives disproportionnées.

Cette limitation tient compte du rôle central que joue le médecin généraliste dans la garantie de l'accessibilité des soins de santé. Plus particulièrement, les médecins généralistes sont principalement chargés de prodiguer des soins de santé de première ligne. Ceci ressort notamment des objectifs finaux de la formation professionnelle de médecin généraliste, tels qu'ils ont été établis en annexe de l'arrêté ministériel du 1er mars 2010 fixant les critères d'agrément des médecins généralistes, qui définit la médecine générale comme une « spécialité clinique orientée vers la première ligne ». En outre, une des aptitudes de base requise de la part des médecins généralistes est qu'ils jouent « un rôle de coordinateur et de guide dans le processus de soins » et qu'ils prêtent « particulièrement attention aux groupes [...] socialement vulnérables ».

Ce rôle particulier du médecin généraliste quant aux soins de santé de première ligne ressort également de l'organisation des soins de santé par paliers, instaurée par l'article 36 de la loi AMI, qui habilite le Roi à déterminer les modalités selon lesquelles se déroule la procédure d'envoi du patient par le médecin généraliste vers le médecin spécialiste, ainsi que les conséquences en ce qui concerne le montant des honoraires des dispensateurs de soins et de l'intervention de l'assurance. L'obligation faite aux médecins généralistes de pratiquer le tiers-payant peut à cet égard se justifier par le souci de garantir la cohérence du fonctionnement du régime de l'assurance maladie-invalidité.

B.6.4. Compte tenu de l'objectif du législateur qui consiste à améliorer l'accessibilité financière des soins de santé, il n'est pas sans justification raisonnable que l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant soit limitée aux médecins généralistes, lesquels sont spécifiquement chargés de prodiguer les soins de santé de première ligne et jouent par conséquent un rôle particulier dans la promotion de l'accessibilité des soins de santé.

B.6.5. Le premier moyen dans l'affaire n° 6322, en ce qu'il est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, n'est pas fondé.

En ce qui concerne la différence de traitement entre les médecins généralistes et les autres titulaires d'une profession libérale (premier moyen dans l'affaire n° 6321 et deuxième moyen dans l'affaire n° 6322)

B.7. Les parties requérantes dénoncent une violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec la liberté d'entreprendre, en ce que l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant, instaurée par l'article 53, § 1er, alinéa 14, de la loi AMI, est uniquement imposée aux médecins généralistes, alors que les autres titulaires d'une profession libérale « disposent d'un droit d'être payés par leur partenaire contractuel sans intervention d'un organisme public ».

B.8.1. Compte tenu de l'objectif précité du législateur, qui consiste à promouvoir l'accessibilité financière des soins de santé, du rôle particulier que les médecins généralistes jouent dans ce domaine et de la part importante que les pouvoirs publics prennent dans le financement du régime de l'assurance maladie-invalidité, il n'est pas sans justification raisonnable que l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant soit uniquement imposée aux médecins généralistes et non aux titulaires d'autres professions libérales qui jouent un rôle moins essentiel, voire ne jouent aucun rôle dans l'amélioration de l'accessibilité des soins de santé.

B.8.2. Par ailleurs, la liberté d'entreprendre, telle qu'elle est garantie par les articles II.3 et II.4 du Code de droit économique, ne peut être conçue comme une liberté absolue. Le législateur n'interviendrait de manière déraisonnable que s'il limitait la liberté d'entreprendre sans aucune nécessité ou si cette limitation était disproportionnée au but poursuivi.

L'introduction de l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant répond à la nécessité de promouvoir l'accessibilité des soins de santé. Du fait de ce régime, les dispensateurs de soins concernés ne peuvent réclamer au patient le paiement de l'intervention de l'assurance pour certaines prestations médicales, mais ils perçoivent directement ce montant de l'organisme assureur. Une telle mesure ne porte pas, en soi, une atteinte disproportionnée à la liberté d'entreprendre.

Le Roi est habilité à fixer les conditions et les cas dans lesquels l'obligation de paiement de l'intervention de l'assurance par l'organisme assureur s'applique vis-à-vis des dispensateurs de soins (article 53, § 1er, alinéa 19, de la loi AMI). A cet égard, il y a lieu de relever que lorsqu'un législateur délègue, il faut supposer, sauf indications contraires, qu'il entend exclusivement habiliter le délégué à faire de son pouvoir un usage conforme à la Constitution. Le cas échéant, c'est au juge administratif et au juge judiciaire qu'il appartient de contrôler dans quelle mesure le délégué aurait excédé les termes de l'habilitation qui lui a été conférée.

B.8.3. La disposition attaquée ne porte pas une atteinte disproportionnée à la liberté d'entreprendre.

B.8.4. Le premier moyen dans l'affaire n° 6321 et le deuxième moyen dans l'affaire n° 6322 ne sont pas fondés.

En ce qui concerne l'égalité de traitement entre les médecins généralistes conventionnés et les médecins généralistes non conventionnés (deuxième moyen dans l'affaire n° 6321 et troisième moyen dans l'affaire n° 6322)

B.9. Les parties requérantes dénoncent une violation des articles 10 et 11 de la Constitution, en ce que la disposition attaquée soumet tant les médecins généralistes conventionnés que les médecins généralistes non conventionnés au régime obligatoire du tiers payant et, partant, traite ces deux catégories de la même manière, alors qu'elles se trouveraient dans des situations fondamentalement différentes au regard de la possibilité de remboursement des honoraires dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé.

B.10.1. La disposition attaquée ne porte pas atteinte à la liberté des médecins non conventionnés - c'est-à-dire les médecins qui n'ont pas souscrit aux conventions entre les médecins et les organismes assureurs, conformément à l'article 50 de la loi AMI - de pouvoir fixer librement leurs honoraires. Elle règle uniquement le mode de paiement de la partie des

honoraires qui correspond à l'intervention de l'organisme assureur. Tout comme les médecins généralistes conventionnés, les médecins généralistes non conventionnés perçoivent cette partie de leurs honoraires directement de l'organisme assureur, pour les prestations qui relèvent du régime obligatoire du tiers payant.

Il est vrai que la disposition attaquée aboutit à traiter de manière identique les médecins conventionnés et les médecins non conventionnés, en ce qui concerne l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant. La Cour doit apprécier si cette égalité de traitement peut être justifiée, en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée ainsi que de la nature des principes en cause.

B.10.2. La disposition attaquée vise à atteindre un équilibre entre deux objectifs de la politique des soins de santé qui sont dignes d'intérêt : améliorer l'accessibilité financière des soins de santé en instaurant, pour les médecins généralistes, l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant à l'égard de groupes de personnes vulnérables bien déterminés, d'une part, et garantir une rétribution équitable des dispensateurs de soins, par le maintien du principe de la liberté d'honoraires, d'autre part.

En obligeant à la fois les médecins généralistes conventionnés et les médecins généralistes non conventionnés à appliquer le régime du tiers payant, le législateur a pris une mesure qui est raisonnablement justifiée au regard de ces objectifs. Pour les médecins généralistes non conventionnés aussi, l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant a pour effet d'améliorer l'accessibilité des soins de santé, puisque les patients qui bénéficient de ce régime sont exemptés de l'obligation de préfinancer l'intervention de l'assurance. La disposition attaquée n'a en outre aucun effet disproportionné, puisqu'elle a uniquement pour conséquence que les médecins généralistes non conventionnés ne peuvent plus réclamer à leurs patients la part de leurs honoraires qui correspond à l'intervention de l'assurance mais doivent réclamer celle-ci directement à l'organisme assureur. La disposition attaquée ne porte aucune atteinte à la faculté qu'ont les médecins généralistes non conventionnés de fixer librement leurs honoraires.

B.10.3. Le deuxième moyen dans l'affaire n° 6321 et le troisième moyen dans l'affaire n° 6322 ne sont pas fondés.

En ce qui concerne la rétroactivité (troisième moyen dans l'affaire n° 6321 et quatrième moyen dans l'affaire n° 6322)

B.11. Les parties requérantes dénoncent une violation des articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec le principe de la sécurité juridique, en ce que la disposition attaquée aurait un effet rétroactif non justifié par un objectif d'intérêt général.

B.12.1. En vertu de l'article 20, attaqué, de la loi du 17 juillet 2015, les médecins généralistes sont obligés, à partir du 1er juillet 2015, d'appliquer le régime du tiers payant à l'égard des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance, pour les prestations médicales déterminées par le Roi. L'article 21 de cette même loi fixe la date d'entrée en vigueur de la disposition précitée au 1er juillet 2015.

Bien que le législateur ait voulu instaurer, à partir de cette date, l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant, une intervention du Roi, par laquelle Il détermine les prestations qui relèvent du régime obligatoire du tiers payant, était requise pour réaliser cette obligation.

Le Roi a déterminé ces prestations dans l'article 7 de l'arrêté royal du 18 septembre 2015. En vertu de l'article 14 du même arrêté, cette disposition est entrée en vigueur le 1er octobre 2015, de sorte que les médecins généralistes n'ont l'obligation d'appliquer le régime du tiers payant, pour les prestations définies dans l'arrêté royal précité, que depuis cette date. Dès lors que l'application de la disposition attaquée requiert l'intervention du Roi et que la date d'entrée en vigueur de l'arrêté royal précité est postérieure à celle de l'entrée en vigueur de la disposition attaquée, celle-ci n'a pu opérer avec effet rétroactif.

B.12.2. Par ailleurs, l'obligation, pour les médecins généralistes, d'appliquer le régime du tiers payant à l'égard des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance avait déjà été introduite dans l'article 53, § 1er, de la loi AMI par l'article 18 de la loi du 27 décembre 2012 portant des dispositions diverses en matière d'accessibilité aux soins de santé et par l'article 137 de la loi-programme du 19 décembre 2014 dont la disposition attaquée reprend le contenu presque sans modification. Il ne peut dès lors être raisonnablement soutenu que la disposition attaquée porterait atteinte, de manière discriminatoire, au principe de la sécurité juridique.

B.12.3. Le troisième moyen dans l'affaire n° 6321 et le quatrième moyen dans l'affaire n° 6322 ne sont pas fondés.

Par ces motifs,

La Cour

rejette les recours.

Ainsi rendu en langue néerlandaise, en langue française et en langue allemande, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, le 20 octobre 2016.

Le greffier,

Le président,

F. Meersschaut

E. De Groot