

Numéro du rôle : 5016
Arrêt n° 166/2011 du 10 novembre 2011

A R R E T

En cause : le recours en annulation partielle de la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru, introduit par l'Union professionnelle des entreprises d'assurances Assuralia.

La Cour constitutionnelle,

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

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

*

* *

I. *Objet du recours et procédure*

Par requête adressée à la Cour par lettre recommandée à la poste le 29 juillet 2010 et parvenue au greffe le 9 août 2010, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances Assuralia, dont le siège est établi à 1000 Bruxelles, square de Meeûs 29, a introduit un recours en annulation des articles 3 à 6, 8, 10, 11 et 14 à 16 de la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru (publiée au *Moniteur belge* du 3 février 2010, deuxième édition).

Des mémoires et des mémoires en réplique ont été introduits par :

- le Conseil des ministres;
- l'ASBL « Association Belge des Consommateurs Test-Achats », dont le siège social est établi à 1060 Bruxelles, rue de Hollande 13.

La partie requérante a introduit un mémoire en réponse.

A l'audience publique du 7 juillet 2011 :

- ont comparu :
 - . Me B. Martel et Me J. Bocken *loco* Me K. Leus, avocats au barreau de Bruxelles, pour la partie requérante;
 - . Me F. Krenc, avocat au barreau de Bruxelles, pour l'ASBL « Association Belge des Consommateurs Test-Achats »;
 - . Me J.-F. De Bock et Me V. De Schepper, avocats au barreau de Bruxelles, pour le Conseil des ministres;
- les juges-rapporteurs E. De Groot et J. Spreutels ont fait rapport;
- les avocats précités ont été entendus;
- l'affaire a été mise en délibéré.

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

II. *En droit*

- A -

Quant à l'intérêt de la partie intervenante

A.1. L'ASBL « Association Belge des Consommateurs Test-Achats » (ci-après : Test-Achats) motive son intervention à la cause en soulignant qu'en vertu de ses statuts, elle défend les intérêts des consommateurs, et notamment des assurés, et qu'elle est représentée au sein de la Commission des assurances.

Quant à la recevabilité du recours

A.2.1. Le Conseil des ministres conteste l'intérêt de la partie requérante. Il souligne qu'à la demande des entreprises d'assurance, le législateur a prévu un code de bonne conduite, qui serait rédigé par la Commission des assurances - au sein de laquelle les entreprises d'assurance sont représentées -, et qu'il n'a donc pas inscrit dans la loi même la garantie des intérêts du consommateur. La partie requérante a donc eu la possibilité, selon le Conseil des ministres, de collaborer à la rédaction du code de bonne conduite. Toutefois, elle aurait jugé préférable de ne pas le faire et d'attaquer les dispositions du code de bonne conduite devant la Cour. En outre, selon le Conseil des ministres, la partie requérante attaque aussi d'autres dispositions qui sont basées sur des propositions qu'elle-même a faites. L'attitude contradictoire de la partie requérante implique, selon le Conseil des ministres, qu'elle n'a pas d'intérêt au recours en annulation. En outre, les moyens invoqués dans la requête ne tiendraient pas compte du fait que la loi attaquée est une loi-cadre qui, en l'absence d'arrêtés d'exécution, n'est pas encore en vigueur.

A.2.2. En tant qu'Union professionnelle reconnue défendant les intérêts des entreprises d'assurance, l'Union professionnelle des entreprises d'assurances Assuralia estime qu'en vertu de la loi du 31 mars 1898 sur les unions professionnelles, elle a la qualité requise pour attaquer des dispositions qui affectent directement et défavorablement les intérêts de ses membres. Elle considère qu'en raison des dispositions attaquées, ses membres devront adapter les conditions auxquelles ils proposent leurs produits et les tarifs de ceux-ci et qu'il est ainsi porté atteinte à la liberté de commerce et d'industrie de ses membres. De plus, elle fait observer que le non-respect des dispositions contenues dans la loi attaquée est réprimé par des sanctions civiles et pénales. Le fait qu'elle aurait participé à l'élaboration de la loi attaquée ne serait pas pertinent en l'espèce, parce que le législateur n'a accueilli que partiellement les propositions qu'elle avait faites. Le fait que la loi attaquée soit une loi-cadre, qui n'est pas encore entrée en vigueur, ne pourrait davantage avoir une influence sur son intérêt au recours.

A.3. Test-Achats s'étonne que le recours en annulation introduit le 29 juillet 2010 n'est parvenu au greffe de la Cour que le 9 août 2010. Puisque la partie requérante ne donne aucune explication pour l'écoulement de ce laps de temps, Test-Achats estime que le recours est irrecevable.

Quant au premier moyen

A.4. Dans le premier moyen, Assuralia fait valoir que les articles 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15 et 16 de la loi du 21 janvier 2010 violent les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés ou non avec la liberté de commerce et d'industrie et avec le principe général de la liberté contractuelle.

Dans une première branche, la partie requérante critique les dispositions attaquées au motif que le régime d'exception que celles-ci instaurent ne demeurerait pas limité aux cas envisagés par le législateur.

Dans une seconde branche, elle soutient qu'il n'y a pas de lien raisonnable de proportionnalité entre, d'une part, l'objectif poursuivi par le législateur et, d'autre part, les dispositions qui prévoient un code de bonne conduite et un questionnaire médical standardisé, les dispositions qui prévoient une possibilité pour le preneur d'assurance d'obtenir une décision émanant de tierces parties et les dispositions qui prévoient de solidariser le paiement de la surprime.

A.5.1. En ce qui concerne la première branche du moyen, Assuralia expose que la loi attaquée a été instaurée pour permettre aux personnes présentant un risque de santé d'une certaine gravité d'avoir plus facilement accès au crédit hypothécaire et pour éviter ainsi que ces personnes ne puissent acquérir leur propre logement familial pour la simple raison qu'il leur est impossible de conclure une assurance de solde restant dû pour garantir le crédit requis à cet effet. Le législateur n'aurait pas eu l'intention d'intervenir en faveur de personnes souffrant de n'importe quel problème, médical ou non, susceptible de donner lieu à une prime plus élevée, qui n'entrave pas fondamentalement l'accès au crédit hypothécaire. La partie requérante fait notamment référence, à cet égard, à des personnes présentant un comportement à risque comme la consommation excessive de drogues, de tabac, d'alcool ou ayant une mauvaise hygiène de vie et à des personnes qui exercent un métier dangereux ou pratiquent un sport dangereux.

A.5.2. La partie requérante fait observer que le code de bonne conduite même, tel qu'il est prévu à l'article 3 attaqué, déterminera dans quels cas et pour quels types de crédit un questionnaire médical standardisé doit être complété. Dans la mesure où il est ainsi permis d'imposer que ce questionnaire soit complété dans d'autres cas que dans le cas visé par le législateur, la mesure serait disproportionnée à l'objectif poursuivi. Tel serait également le cas en ce que l'article 3 attaqué prescrit que le code de bonne conduite doit préciser la manière dont les assureurs doivent tenir compte du questionnaire dans leur décision relative à la « prime ». Selon la partie requérante, il en ressort que les assureurs devront tenir compte du code de bonne conduite non seulement lors de la fixation de la surprime, mais aussi lors de la fixation de la prime de base.

A.5.3. Selon la partie requérante, les articles 5, 6 et 8, attaqués, conduisent à ce qu'un candidat preneur d'assurance peut s'adresser au réassureur ou au Bureau du suivi de la tarification pour la révision d'une proposition concernant n'importe quelle prime ou surprime, ce qui a pour effet que le champ d'application de ce mécanisme de révision ne reste pas limité aux cas envisagés par le législateur. La partie requérante déduit ceci de la manière dont le législateur a utilisé les notions de « prime », de « prime de base » et de « surprime ».

A.5.4. De l'avis de la partie requérante, le fait que le champ d'application du régime d'exception instauré par la loi attaquée ne reste pas limité aux cas envisagés par le législateur ressort également de l'article 15 attaqué, selon lequel le Roi peut étendre ce champ d'application « à d'autres contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit », sans qu'aucune condition n'y soit attachée.

A.6.1. En ce qui concerne la seconde branche du moyen, la partie requérante fait valoir en premier lieu que le code de bonne conduite et le questionnaire médical standardisé visés à l'article 3 attaqué portent atteinte de manière disproportionnée à la liberté contractuelle et à la liberté de commerce et d'industrie des assureurs. L'article attaqué conférerait au Roi le pouvoir de régler ou d'interdire l'utilisation de questionnaires médicaux et de déterminer le montant en dessous duquel seul le questionnaire médical standardisé peut être utilisé. En outre, il pourrait déterminer la manière dont les assureurs doivent tenir compte de ce questionnaire. Ainsi, les assureurs ne pourraient plus déterminer eux-mêmes les informations médicales qu'ils souhaitent obtenir du preneur d'assurance. A cela s'ajoute que, conformément à l'article 16 attaqué, le non-respect des règles du code de bonne conduite peut non seulement être sanctionné civilement et pénalement mais doit aussi être considéré comme un acte contraire aux usages honnêtes au sens de l'ancienne loi du 14 juillet 1991 sur les pratiques du commerce et sur l'information et la protection du consommateur.

A.6.2. De même, le mécanisme de révision prévu par les articles 5, 6 et 8, attaqués, concernant la surprime ou la prime proposée par l'assureur, affecte, selon la partie requérante, de manière disproportionnée la liberté contractuelle et la liberté de commerce et d'industrie des assureurs. Ce mécanisme aurait pour conséquence que l'assureur peut être tenu de proposer une assurance de solde restant dû à un preneur d'assurance à des conditions qui lui ont été imposées par un tiers. Elle souligne que les dispositions attaquées ne prévoient de garanties procédurales ni en ce qui concerne l'audition de l'assureur ni en ce qui concerne les possibilités de contester la décision du tiers. Elle critique aussi la composition du Bureau du suivi de la tarification et estime que les membres de celui-ci ne sont pas bien placés pour apprécier en connaissance de cause la prime proposée et la rentabilité à long terme de l'assureur concerné.

A.6.3. La partie requérante critique enfin le fait que le législateur a instauré un mécanisme de solidarité pour le paiement de la surprime (les articles 11 et 14 attaqués), mais non en ce qui concerne la charge du sinistre, qui n'est pas répartie sur un groupe bien déterminé d'assureurs.

A.7. Le Conseil des ministres fait observer en premier lieu que ni la liberté de commerce et d'industrie ni la liberté contractuelle ne sont des libertés absolues et que des restrictions de celles-ci peuvent être justifiées par des motifs d'intérêt général. Il fait référence, à cet égard, à la législation qui protège le consommateur et le preneur d'assurance contre les parties contractantes placées en position de force.

Le Conseil des ministres estime ensuite que les entreprises d'assurance qui proposent des assurances de solde restant dû ne sont pas comparables aux entreprises d'assurance qui proposent d'autres assurances sur la vie, parce qu'une assurance de solde restant dû a ses propres caractéristiques. En effet, une telle assurance sert de garantie à un crédit et le créancier en est le bénéficiaire en cas de décès. D'autres assurances sur la vie n'ont pas ces caractéristiques. Par ailleurs, une assurance de solde restant dû constitue *de facto* une condition nécessaire à l'obtention d'un prêt hypothécaire.

A.8. Assuralia rétorque que les entreprises d'assurance en question sont effectivement comparables du point de vue du risque assuré. Par ailleurs, il ne serait pas exact de dire que dans les cas des assurances de solde restant dû, le bénéficiaire est toujours le créancier. La plupart du temps, le bénéficiaire est un membre de la famille de la personne assurée, même si le créancier demande le plus souvent la mise en gage de l'assurance de solde restant dû.

A.9.1. En ce qui concerne la première branche du moyen, tant le Conseil des ministres que Test-Achats font observer que le champ d'application de la loi est clairement circonscrit dans l'article 15 de la loi du 21 janvier 2010. Le Conseil des ministres estime qu'il est raisonnablement justifié de prévoir un mécanisme spécifique pour des personnes présentant un risque de santé accru, parce que le fait de pouvoir conclure ou non une assurance de solde restant dû détermine si une personne peut acquérir son propre logement familial. Il fait observer que les organismes de crédit exigent de plus en plus souvent aussi la conclusion d'une assurance de solde restant dû pour l'octroi d'un crédit professionnel ou d'un crédit à la consommation. C'est la raison pour laquelle le législateur aurait conféré au Roi le pouvoir d'étendre le champ d'application de la loi. Test-Achats ajoute que le Roi devra respecter le principe d'égalité et de non-discrimination à cet égard et qu'il reviendra au Conseil d'Etat de connaître, le cas échéant, de litiges qui surviendraient dans cette matière.

A.9.2. Le Conseil des ministres conteste la thèse de la partie requérante selon laquelle la loi attaquée pourrait également s'appliquer à des personnes ayant une mauvaise hygiène de vie ou à des personnes exerçant une profession dangereuse. Il souligne à cet égard que la loi attaquée est une loi-cadre dont le champ d'application n'a, par nature, pas encore été complètement circonscrit. Il souligne que le Roi doit encore déterminer, dans le code de bonne conduite, dans quels cas le questionnaire médical standardisé doit être utilisé et que le Bureau du suivi de la tarification doit en outre encore fixer les conditions d'accès. Il ressortirait toutefois clairement des travaux préparatoires que l'intention du législateur n'est pas de faire entrer dans le champ d'application de la loi tout dossier relatif à une personne souffrant de l'un ou l'autre risque de santé.

A.10.1. Quant à la seconde branche du moyen, le Conseil des ministres considère qu'il n'est pas possible de soutenir que le code de bonne conduite est disproportionné, puisque ce code de conduite n'existe pas encore.

Test-Achats ajoute que les dispositions relatives au code de bonne conduite et au questionnaire médical standardisé ont été dictées par le souci de garantir le droit au respect de la vie privée. Dans le passé, de nombreuses dérives ont pu être observées, également dans des décisions judiciaires, en ce qui concerne l'utilisation de questionnaires médicaux. Test-Achats souligne que l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme implique non seulement un devoir d'abstention de la part des autorités publiques mais également une obligation positive de garantir ce droit. Le droit de l'assureur de s'informer sur les caractéristiques des risques n'est donc pas absolu, selon Test-Achats. Il est non seulement limité par le droit au respect de la vie privée mais également par la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel, qui implique que, lors de la conclusion d'un contrat d'assurance, les questions posées doivent être adéquates, pertinentes et ne peuvent, en outre, être excessives. La liberté de commerce et d'industrie et la liberté contractuelle, qui ne sont pas absolues, doivent, selon Test-Achats, être interprétées à l'aune de ces exigences. Dans la mesure où le code de bonne conduite, que le Roi doit encore élaborer, ferait par ailleurs naître des litiges, il reviendra au Conseil d'Etat d'en connaître.

A.10.2. En ce qui concerne le pouvoir de révision attribué au réassureur et au Bureau du suivi de la tarification, le Conseil des ministres considère qu'en l'absence d'arrêtés d'exécution, le champ d'application de ce mécanisme de révision est encore incertain, de sorte qu'il n'est pas possible de soutenir que ce mécanisme est disproportionné. De concert avec Test Achats, il souligne que la loi attaquée ne crée aucun droit à l'assurance de solde restant dû. Ni le réassureur ni le Bureau du suivi ne sauraient contraindre les assureurs à conclure une assurance de solde restant dû. Ils pourraient seulement formuler des propositions.

A cet égard, Test-Achats fait observer que le réassureur et le Bureau peuvent seulement proposer une surprime inférieure, lorsque la prime proposée par l'assureur est injustifiée, et cette association estime que la liberté de commerce et d'industrie et la liberté contractuelle ne peuvent être interprétées en ce sens qu'elles autoriseraient les assureurs à proposer des primes qui ne sont pas objectivement et raisonnablement justifiées, et ce, en raison de la loi du 10 mai 2007 tendant à lutter contre certaines formes de discrimination. Par ailleurs, des bureaux de tarification auraient également été instaurés dans d'autres domaines du droit des assurances.

Le Conseil des ministres soutient encore, à cet égard, que, dans le cadre du mécanisme de révision, les assureurs disposent d'autant de garanties que les candidats preneurs d'assurance. Le réassureur peut uniquement émettre un avis sur la base du dossier qui a été établi par l'assureur et il ne peut prendre aucun contact avec le preneur d'assurance, l'assuré ou le médecin traitant. Par ailleurs, deux membres représentant les entreprises d'assurance siègent au sein du Bureau du suivi de la tarification.

A.10.3. Assuralia répond qu'il ressort de la formulation des dispositions attaquées que l'assureur doit adapter sa proposition au point de vue du réassureur ou du Bureau du suivi de la tarification. Si le candidat preneur d'assurance accepte ensuite la nouvelle proposition, l'assureur serait obligé de conclure le contrat d'assurance. Selon les principes fondamentaux du droit des contrats, un contrat naît entre parties lorsqu'une offre faite par une partie est acceptée par l'autre.

A.10.4. En ce qui concerne le mécanisme de solidarité portant sur le paiement de la surprime, Test-Achats estime que ce mécanisme est raisonnablement justifié, étant donné que le seuil de 200 % de la prime de base que prévoit la loi est particulièrement élevé. Le Conseil des ministres estime qu'il est justifié que la charge du sinistre ne soit pas solidarisée, parce que les assureurs ne peuvent jamais être contraints de conclure une assurance de solde restant dû. Le Conseil des ministres considère en outre qu'il n'est pas démontré que les dispositions attaquées donneront lieu à une évaluation incorrecte des risques médicaux.

Quant au deuxième moyen

A.11. Dans le deuxième moyen, Assuralia soutient que les articles 3, 5, 6, 8 et 10 de la loi du 21 janvier 2010 violent les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les articles 6, paragraphe 5, 34 et 45 de la directive 2002/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 novembre 2002 concernant l'assurance directe sur la vie.

A.12. La partie requérante expose que les articles 6, paragraphe 5, 34 et 45 de la directive 2002/83/CE interdisent aux Etats membres de l'Union européenne d'exiger l'approbation préalable ou la communication systématique des conditions générales et spéciales des polices d'assurance, des tarifs, des bases techniques, utilisées pour le calcul des tarifs et des provisions techniques, et des formulaires et autres imprimés que l'entreprise d'assurance se propose d'utiliser dans ses relations avec les preneurs d'assurance. L'unique exception au principe ainsi garanti de la liberté tarifaire concerne la possibilité pour l'Etat membre d'exiger, dans le cadre du contrôle du respect des dispositions nationales relatives aux principes actuariels, la communication systématique des bases techniques utilisées pour le calcul des tarifs et des provisions techniques.

A.13.1. La partie requérante estime que l'article 3 attaqué, en ce qu'il confère au Roi le pouvoir d'établir un code de bonne conduite et un questionnaire médical standardisé et en ce qu'il impose l'utilisation de ce questionnaire dans des cas déterminés et interdit expressément d'autres méthodes d'appréciation, instaure une approbation préalable du calcul des tarifs, des bases techniques utilisées et des formulaires et autres imprimés qu'une entreprise d'assurance se propose d'utiliser dans ses relations avec les preneurs d'assurance. En outre, cet article limiterait gravement le principe de la liberté tarifaire garanti par la directive 2002/83/CE, en premier lieu parce qu'il permet au Roi de déterminer de quelle manière les assureurs doivent tenir compte du questionnaire

dans leurs décisions d'octroi ou non de l'assurance et de fixation de la prime applicable, en deuxième lieu parce qu'il exclut la possibilité de demander un examen médical complémentaire dans certains cas et en troisième lieu parce qu'il n'autorise pas les assureurs à poser des questions qui ne figurent pas dans le questionnaire médical standardisé ou qui ont été interdites par le Roi. En ordre subsidiaire, la partie requérante demande à la Cour de poser une question préjudicielle à ce sujet à la Cour de justice de l'Union européenne.

A.13.2. Selon la partie requérante, les articles 5, 6 et 8, attaqués, sont également contraires à la directive 2002/83/CE. L'intervention du réassureur et du Bureau du suivi de la tarification réglée par ces articles pourrait conduire à ce que l'assureur doive adapter ses tarifs aux décisions prises par ces parties. Ceci équivaldrait à une approbation préalable systématique des tarifs. Selon la partie requérante, tant le réassureur que le Bureau du suivi de la tarification sont des autorités administratives, étant donné qu'ils peuvent prendre des décisions qui lient des tiers. En outre, leur intervention est prescrite par le législateur, de sorte qu'il convient de conclure que l'Etat belge ne respecte pas ses obligations découlant de la directive précitée. En ordre subsidiaire, la partie requérante demande à la Cour de poser une question préjudicielle à ce sujet à la Cour de justice de l'Union européenne.

A.13.3. Enfin, l'article 10 attaqué porte également atteinte à la directive 2002/83/CE, selon la partie requérante. En vertu de cette disposition, le Bureau du suivi de la tarification peut déterminer à quelles conditions et primes le candidat preneur d'assurance aura accès à une assurance sur la vie qui garantit un crédit hypothécaire. Le Bureau du suivi peut donc établir, selon la partie requérante, des conditions générales et particulières de police pour les assurances de solde restant dû, avec pour effet que l'assureur ne peut plus déterminer librement à quelles conditions et primes il propose ses services. En ordre subsidiaire, la partie requérante demande à la Cour de poser une question préjudicielle à ce sujet à la Cour de justice de l'Union européenne.

A.14. Selon le Conseil des ministres, les dispositions de la directive 2002/83/CE citées par la partie requérante interdisent d'imposer des conditions pour l'obtention d'un agrément relatif à l'exercice d'une activité d'assurance. La directive s'opposerait à une obligation préventive ou systématique de communication ou d'approbation des tarifs comme condition d'obtention d'un agrément.

Tant le Conseil des ministres que Test-Achats considèrent que le principe de la liberté tarifaire n'est pas consacré en tant que tel dans le droit de l'Union européenne. Il ressortirait de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne que la liberté commerciale des assureurs doit être considérablement relativisée. Selon Test-Achats, ce serait notamment le cas en raison de l'affirmation de plus en plus franche d'un droit à l'assurance dans des conditions abordables et de l'interdiction de la discrimination. La Cour de justice aurait aussi admis à plusieurs reprises les restrictions apportées par certains Etats membres aux pratiques tarifaires des assureurs. Le Conseil des ministres et Test-Achats estiment dès lors qu'il n'y a pas lieu d'accueillir la demande de poser des questions préjudicielles à la Cour de justice de l'Union européenne.

A.15.1. Selon le Conseil des ministres, le code de bonne conduite et le questionnaire médical standardisé visés dans la loi attaquée ne peuvent pas être qualifiés de mesures impliquant une approbation préalable ou une communication systématique des tarifs. Ils n'auraient pas davantage d'influence directe sur les tarifs. Le Conseil des ministres n'aperçoit d'ailleurs pas comment un questionnaire médical standardisé rendrait plus difficile l'appréciation exacte du risque médical et il souligne à cet égard que le secteur d'assurance travaille déjà avec certains codes de bonne conduite. En outre, le code de bonne conduite n'impliquerait pas que les assureurs soient obligés d'utiliser un tarif déterminé ou d'aligner leurs tarifs sur la moyenne du marché. Test-Achats partage cet avis et rappelle une nouvelle fois que le droit au respect de la vie privée exige que les assureurs utilisent des questions adéquates, pertinentes et non excessives lors de l'appréciation du risque.

A.15.2. En ce qui concerne le mécanisme de révision, le Conseil des ministres et Test-Achats rappellent que ni le réassureur ni le Bureau du suivi de la tarification ne peuvent obliger les assureurs à conclure une assurance de solde restant dû, de sorte qu'il ne saurait être soutenu qu'ils sont des autorités administratives ni qu'ils peuvent porter atteinte à la liberté tarifaire des assureurs. Test-Achats fait encore référence à la jurisprudence dans laquelle la Cour de justice de l'Union européenne aurait jugé que le principe de la liberté tarifaire ne s'oppose pas, d'une part, à une mesure interne qui délimite un cadre technique à l'intérieur duquel les entreprises d'assurance doivent calculer leurs primes et, d'autre part, à une obligation pour les assureurs de contracter.

A.15.3. La partie requérante répond que Test-Achats confond la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne relative aux restrictions à la liberté d'établissement et à la libre prestation des services avec la jurisprudence de cette Cour relative aux restrictions à la liberté tarifaire.

A.15.4. En ce qui concerne l'accès à des assurances aux conditions fixées par le Bureau du suivi de la tarification, le Conseil des ministres et Test-Achats font observer que lorsqu'un assureur refuse de conclure une assurance de solde restant dû ou propose une prime supérieure aux tarifs proposés par le Bureau du suivi de la tarification, il doit communiquer au candidat les conditions d'accès et les tarifs du Bureau du suivi et doit l'informer qu'il peut s'adresser à un autre assureur. L'assureur ne doit donc pas appliquer les conditions du Bureau du suivi; il doit seulement en informer le candidat preneur d'assurance. La liberté tarifaire ne serait ainsi compromise en aucune manière.

Quant au troisième moyen

A.16. Dans le troisième moyen, Assuralia fait grief aux articles 3, 5, 6, 8, 10, 11 et 14 de la loi du 21 janvier 2010 de violer les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les articles 49 et 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (ci-après : TFUE), en ce qu'ils constituent une restriction illégitime à la liberté d'établissement et à la libre prestation des services.

A.17. Selon la partie requérante, les articles 49 et 56 du TFUE interdisent aux Etats membres de l'Union européenne de prendre des mesures, même lorsque celles-ci s'appliquent sans distinction à tous les acteurs du marché quelle que soit leur nationalité, interdisant, entravant ou rendant moins attrayante la vente en Belgique par des assureurs étrangers de produits d'assurance que ces derniers peuvent valablement proposer dans leur pays. Il ressort de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne que la liberté d'établissement et la libre prestation des services peuvent seulement être limitées lorsque la mesure restrictive ressortit à une matière non harmonisée, qu'elle poursuit un objectif d'intérêt général, qu'elle n'est pas discriminatoire, qu'elle est objectivement nécessaire, qu'elle est proportionnée à l'objectif poursuivi et que l'intérêt général n'est pas déjà garanti par les règles auxquelles le prestataire de services est soumis dans l'Etat membre où il est établi.

A.18.1. Selon la partie requérante, le code de bonne conduite et le questionnaire médical standardisé visés à l'article 3 attaqué ont pour effet que les entreprises d'assurance étrangères qui souhaitent s'établir en Belgique ou souhaitent y proposer leurs services devront adapter leurs méthodes d'appréciation et leurs questionnaires habituels, ce qui peut entraîner des frais considérables. Ainsi, l'accès au marché belge serait entravé.

A.18.2. Selon la partie requérante, les articles 5, 6 et 8, attaqués, constituent également une grave restriction à la liberté d'établissement et à la libre prestation des services, parce que les entreprises d'assurance étrangères ne peuvent déterminer avec certitude si elles peuvent proposer leurs services en Belgique à leurs tarifs habituels ou si elles sont obligées de conclure leurs contrats à des tarifs inférieurs, établis par le réassureur ou par le Bureau du suivi de la tarification.

A.18.3. Les articles 11 et 14 attaqués limitent, selon la partie requérante, la liberté d'établissement et la libre prestation de services parce qu'ils obligent les entreprises d'assurance étrangères à financer la Caisse de compensation sans qu'elles puissent évaluer dans quelle mesure il sera fait appel à cette Caisse dans le futur pour payer une partie de la surprime concernant des contrats qu'elles auront conclus et sans qu'elles puissent évaluer le montant à payer à cette Caisse.

A.18.4. Enfin, l'article 10 attaqué est également contraire aux dispositions conventionnelles citées dans le moyen, selon la partie requérante, parce que les entreprises d'assurance étrangères devront adapter leurs conditions contractuelles en vigueur aux conditions de police générales et particulières et aux primes établies par le Bureau du suivi de la tarification.

A.19. Assuralia estime que les limitations précitées de la liberté d'établissement et de la libre prestation des services ne remplissent pas les conditions que la Cour de justice de l'Union européenne attache à de telles restrictions. En ce qui concerne la première condition, elle fait valoir que le régime instauré par la loi attaquée relève du principe de la liberté tarifaire, garanti par la directive 2002/83/CE, et concerne ainsi une matière harmonisée. En ce qui concerne le reste des conditions, elle soutient que les mesures attaquées sont inappropriées et disproportionnées aux buts poursuivis et qu'il existe d'autres solutions moins restrictives,

comme un système fondé sur un questionnaire type, facultatif et non limitatif, sur des avis non contraignants du réassureur et sur une répartition de la charge des sinistres sur le secteur de l'assurance-vie dans son ensemble, le secteur du crédit hypothécaire et les autorités publiques. Elle avance à cet égard des arguments qui sont similaires aux arguments développés dans le cadre du premier moyen. En ordre subsidiaire, elle demande à la Cour de poser une question préjudicielle à ce sujet à la Cour de justice de l'Union européenne.

A.20.1. Selon le Conseil des ministres et Test-Achats, les dispositions attaquées ne limitent pas la liberté d'établissement et la libre prestation des services, puisque ces dispositions s'appliquent sans distinction à toutes les entreprises d'assurance et que l'accès au marché n'est pas influencé défavorablement pour les entreprises provenant d'autres Etats membres.

Le Conseil des ministres estime que la partie requérante ne démontre pas que les entreprises d'assurance étrangères devront adapter leurs méthodes d'appréciation habituelles, en raison de l'article 3 attaqué, si elles veulent proposer leurs services en Belgique, ni qu'une éventuelle adaptation entraînerait des frais considérables. Il ne serait pas davantage démontré que les articles 5 et 6 attaqués ont automatiquement pour effet que les entreprises étrangères devront adapter leurs tarifs habituels et qu'elles ne pourront pas faire une estimation correcte de la rentabilité prévisible. En ce qui concerne la Caisse de compensation (articles 11 et 14), le Conseil des ministres souligne qu'un assureur doit demander l'intervention de cette Caisse lorsque la surprime est supérieure à 200 % de la prime de base, de sorte que la mesure dans laquelle la Caisse de compensation doit intervenir dépend de l'assureur lui-même. En outre, des caisses de compensation similaires existeraient dans d'autres domaines du droit des assurances. En ce qui concerne l'accès à des assurances aux conditions du Bureau du suivi (article 10), le Conseil des ministres rappelle qu'un assureur n'est pas lié par ces conditions, de sorte qu'il ne saurait être question d'une limitation des libertés précitées. Plus généralement, le Conseil des ministres considère que la liberté d'établissement et la libre prestation des services n'exigent pas que les entreprises établies dans un Etat membre déterminé doivent pouvoir estimer complètement les coûts d'une éventuelle entrée sur le marché d'un autre Etat membre.

A.20.2. S'il était considéré qu'il s'agit tout de même d'une limitation, celle-ci serait alors justifiée, selon le Conseil des ministres et Test-Achats, étant donné qu'elle sert des motifs d'intérêt général, est appropriée pour atteindre le but poursuivi et n'excède pas ce qui est nécessaire pour atteindre ce but. En ce qui concerne l'intérêt général, Test-Achats fait référence aux articles 7, 21 et 38 de la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne, qui concernent le droit au respect de la vie privée, l'interdiction de discrimination et la protection des consommateurs.

A.20.3. Le Conseil des ministres et Test-Achats estiment qu'il n'y a pas lieu d'interroger la Cour de justice de l'Union européenne.

Quant au quatrième moyen

A.21. Dans le quatrième moyen, Assuralia soutient que les articles 5, 8 et 14 de la loi du 21 janvier 2010 violent les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, avec l'article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques et avec l'article 22 de la Constitution, en ce qu'ils ne prévoient pas que le candidat à l'assurance doit donner son consentement pour la transmission de ses données médicales personnelles à des tiers.

A.22.1. La partie requérante expose que l'article 5 attaqué oblige les assureurs à transmettre au réassureur le dossier du candidat preneur d'assurance, dans lequel figurent des données médicales. L'article 8 attaqué dispose que chaque membre du Bureau du suivi de la tarification, de même que l'Ombudsman des assurances, peuvent requérir du Bureau qu'il procède à la réévaluation de la surprime proposée. Selon l'article 14 attaqué, l'assureur doit fournir à la Caisse de compensation, lorsque celle-ci l'y invite, une copie du dossier d'assurance ainsi que les explications nécessaires à ce sujet. Selon la partie requérante, il n'est nulle part prescrit que le candidat à l'assurance doit donner son consentement pour la transmission de ses données médicales aux tiers concernés. Elle souligne à cet égard que le preneur d'assurance n'est pas nécessairement l'assuré, le preneur d'assurance pouvant conclure une assurance au profit d'une autre personne.

A.22.2. La partie requérante déduit des articles 4 et 7 de la loi du 8 décembre 1992 précitée que des données personnelles relatives à la santé ne peuvent en principe être traitées qu'avec le consentement de l'intéressé. Puisque les dispositions attaquées autorisent un traitement des données personnelles relatives à la

santé sans que l'intéressé doive donner son consentement à cet égard, la partie requérante estime qu'elles instaurent, sans justification objective et raisonnable, une différence de traitement au regard du droit au respect de la vie privée.

A.23. Le Conseil des ministres souligne que la loi attaquée introduit un nouveau chapitre dans la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, de sorte que les garanties qui s'appliquent dans le cadre de cette loi valent également dans le cadre de la loi attaquée. En outre, les assureurs doivent informer le candidat preneur d'assurance de l'existence des mécanismes prévus dans la loi attaquée, de sorte que ce dernier sait que son dossier est susceptible d'être transmis au réassureur, au Bureau ou à la Caisse de compensation. Selon le Conseil des ministres, ces parties ne peuvent dès lors pas être considérées comme des tiers. De plus, la communication du dossier à ces parties s'effectue seulement lorsque le candidat preneur d'assurance n'est pas d'accord avec la proposition de l'assureur, de sorte que le candidat preneur d'assurance détermine en un certain sens lui-même si son dossier est transmis ou non. Néanmoins, s'il était considéré qu'il s'agit bien d'une limitation du droit au respect de la vie privée, le Conseil des ministres n'aperçoit aucun problème, parce que cette restriction est justifiée par les buts poursuivis par le législateur. Selon le Conseil des ministres, le fait que les candidats à l'assurance ne doivent pas donner leur consentement à chaque étape est raisonnable au regard de ces buts. Le Conseil des ministres souligne enfin que les prescriptions relatives au questionnaire médical sont justement destinées à éviter que des assureurs demandent des informations médicales non pertinentes et violent le droit au respect de la vie privée.

A.24. Selon Test-Achats, la Cour n'est pas compétente pour examiner les dispositions attaquées au regard de la loi du 8 décembre 1992. Elle fait encore observer que la loi doit être interprétée conformément à l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme.

Quant au cinquième moyen

A.25. Dans le cinquième moyen, Assuralia dénonce le fait que l'article 16 de la loi du 21 janvier 2010 viole les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les articles 12 et 14 de celle-ci, avec l'article 7.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec l'article 15.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, en ce qu'il sanctionne pénalement le non-respect du code de bonne conduite.

A.26. La partie requérante critique l'article 16 attaqué parce que celui-ci prévoit des peines pour des comportements qui ne sont pas définis par le législateur mais par le Roi. Les indications données à cet égard au Roi par le législateur seraient extrêmement vagues et n'auraient pas un contenu normatif suffisant. La partie requérante critique plus particulièrement le fait qu'il revienne au Roi de déterminer « dans quels cas » le questionnaire médical standardisé doit être utilisé, « la manière » dont les assureurs « tiennent compte » du questionnaire et « les cas » où les assureurs peuvent demander un examen médical complémentaire. Elle critique également l'obligation de « diffuser largement et de façon compréhensible » l'information.

A.27. Selon le Conseil des ministres, le fait que la loi attaquée est une loi-cadre, ce qui a pour conséquence que les principes qui y sont définis doivent encore être réglés plus précisément, n'enlève rien à la certitude qu'un comportement qui y est contraire est répréhensible. Le principe de légalité en matière pénale n'irait pas jusqu'à obliger le législateur à régler lui-même chaque aspect de l'incrimination. En outre, la peine est fixée dans la loi même.

A.28. Test-Achats estime que l'infraction, plus particulièrement le non-respect du code de bonne conduite, et la peine sont légalement définies. En ce qui concerne le degré de précision du code de bonne conduite, la critique de la partie requérante serait prématurée, étant donné que ce code n'a pas encore été rédigé. Cependant, la loi attaquée indiquerait clairement ce que le code de bonne conduite doit contenir.

Quant au sixième moyen

A.29. Dans le sixième moyen, Assuralia invoque le fait que les articles 11 et 14 de la loi du 21 janvier 2010 ne sont pas compatibles avec l'article 170, § 1er, de la Constitution ni avec les articles 10, 11 et 172, combinés ou non avec l'article 173, de la Constitution, en ce qu'ils instaurent un impôt ou une rétribution sans que les éléments essentiels en aient été déterminés par le législateur.

A.30.1. Selon la partie requérante, les versements que les assureurs doivent effectuer à la Caisse de compensation, sur la base de l'article 11 attaqué, sont des impôts, parce qu'ils sont imposés d'autorité et parce que les assureurs n'en reçoivent aucune contrepartie. La Caisse de compensation n'octroierait ses prestations qu'au bénéfice des assurés et donc pas au bénéfice des assureurs. Puisque le législateur a négligé de fixer la base imposable et le taux de ces impôts et qu'il a confié au Roi, ou éventuellement à la Caisse de compensation même, la tâche de le faire, l'article 11 attaqué ne serait pas compatible avec le principe de légalité en matière fiscale. Il s'y ajoute que l'article 14 attaqué confère au Roi le pouvoir de fixer tant le seuil que le montant maximum entre lesquels il peut être fait appel à la Caisse de compensation et, indirectement, donc aussi le pouvoir de déterminer l'importance des moyens financiers nécessaires à l'accomplissement de la tâche de la Caisse de compensation.

A.30.2. En ordre subsidiaire, dans la mesure où la Cour estimerait que les versements visés ne sont pas des impôts mais des rétributions, la partie requérante soutient que les dispositions attaquées ne sont pas compatibles avec les articles 10 et 11, combinés avec l'article 173, de la Constitution. Certes, selon la partie requérante, le principe de légalité s'applique de manière moins stricte en ce qui concerne l'introduction d'une rétribution, mais le législateur devrait tout de même encore définir précisément les éléments essentiels de la rétribution, en fixer le montant maximum ou, au moins, les autres éléments dont ressort le caractère purement indemnitaire de la rétribution instaurée. La fixation du montant dû pourrait effectivement être confiée au Roi mais pas à une autorité administrative telle que la Caisse de compensation.

A.30.3. La partie requérante considère que la Caisse de compensation est effectivement une autorité et que cette qualité ressort du fait que cette caisse est instaurée en vertu de la loi - elle est soit agréée, soit créée par le Roi -, du fait que le Roi doit en approuver les statuts et doit régler le contrôle sur celle-ci. Selon la partie requérante, la Caisse de compensation est ainsi soumise à une tutelle administrative. Elle déduit de la jurisprudence de la Cour qu'un impôt peut être établi par le législateur au profit d'une institution publique et que cette institution peut être chargée de la perception de celui-ci.

A.31.1. Le Conseil des ministres et Test-Achats sont d'avis que les versements en question ne peuvent pas être considérés comme des impôts ni comme des rétributions. Ils estiment que la Caisse de compensation n'est pas une autorité publique. Selon le Conseil des ministres, la compétence de contrôle attribuée au Roi par l'article 11 attaqué ne constitue en outre pas une tutelle administrative.

A.31.2. En ordre subsidiaire, et dans la mesure où il serait admis que la Caisse de compensation est effectivement une autorité publique, le Conseil des ministres est d'avis que les versements doivent être qualifiés de rétributions, parce qu'il existe bien une contrepartie au profit des assureurs et des organismes de crédit. Grâce à la Caisse de compensation, il leur est possible de vendre des assurances de solde restant dû et des contrats de crédit qu'ils n'auraient pas pu vendre dans le cas contraire. Le Conseil des ministres part du principe que la Caisse de compensation sera érigée par le Roi parce que le secteur de l'assurance refuse de collaborer à l'exécution de la loi. Ce sera dès lors le Roi qui établira annuellement les règles de calcul des versements, ce qui ne serait pas contraire au principe de légalité en matière fiscale.

Quant au septième moyen

A.32. Dans le septième moyen, Assuralia fait grief aux articles 3, 5, 6, 8, 10, 11 et 14 de la loi du 21 janvier 2010 de ne pas être compatibles avec les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec le principe de l'unité du pouvoir réglementaire, consacré par les articles 33, 37 et 108 de la Constitution.

A.33.1. La partie requérante déduit des articles 33, 37 et 108 de la Constitution qu'aucun pouvoir réglementaire ne peut être conféré à des organes ou à des institutions qui n'assument pas de responsabilité politique devant une assemblée démocratiquement élue et qu'un pouvoir de décision discrétionnaire à portée individuelle ne peut pas davantage être conféré à de tels organes ou à de telles institutions lorsqu'ils ne se trouvent pas sous le contrôle d'un organe qui assume une responsabilité politique devant une assemblée démocratiquement élue.

A.33.2. La partie requérante est d'avis que les dispositions attaquées attribuent un pouvoir réglementaire ou un pouvoir de décision discrétionnaire à portée individuelle au réassureur (articles 5 et 6), au Bureau du suivi de la tarification (articles 8 et 10), à la Commission des assurances (article 3) et, si elle n'est pas érigée par le Roi, à la Caisse de compensation (articles 11 et 14), alors que ces organes ou ces institutions n'assument pas de responsabilité politique devant une assemblée démocratiquement élue et ne se trouvent pas sous le contrôle d'un

organe investi d'une telle responsabilité politique. Elle estime qu'il n'y a aucune justification au fait qu'il soit dérogé, pour les assureurs qui proposent des assurances de solde restant dû, aux garanties découlant du principe de l'unité du pouvoir réglementaire. Etant donné que d'autres assureurs et d'autres justiciables bénéficient de ces garanties, les dispositions attaquées ne sont pas compatibles avec le principe d'égalité et de non-discrimination. Elle renvoie à l'arrêt n° 130/2010 et considère que la Cour, dans cet arrêt, s'est estimée compétente pour contrôler une disposition législative au regard des articles 10 et 11, combinés avec les articles 33 et 37, de la Constitution.

A.34. Selon le Conseil des ministres, les dispositions attaquées ne confèrent pas au réassureur et au Bureau du suivi de la tarification des prérogatives propres aux autorités administratives, parce qu'ils ne peuvent pas faire naître une situation juridique, ni modifier ou faire cesser des situations juridiques, octroyer des droits ou imposer des obligations. Les tâches du réassureur et du Bureau du suivi de la tarification ne sauraient aboutir, selon le Conseil des ministres, à des règlements au sens des articles constitutionnels cités dans le moyen. La partie requérante ne démontrerait du reste pas qu'un pouvoir de décision à portée individuelle doit être considéré comme une prérogative d'une autorité administrative. La Commission des assurances elle non plus ne dispose pas d'un pouvoir réglementaire, selon le Conseil des ministres, et ceci serait d'autant plus vrai dès lors que cette Commission n'a plus la possibilité de rédiger un code de bonne conduite. Ceci devait en effet avoir lieu dans les six mois de la publication de la loi au *Moniteur belge*. Enfin, la Caisse de compensation ne disposerait pas non plus d'un quelconque pouvoir réglementaire, étant donné que les versements destinés à cette Caisse seront fixés par le Roi.

A.35. Selon Test-Achats, la Cour n'est pas compétente pour contrôler des dispositions législatives au regard des articles 33, 37 et 108 de la Constitution, même pas lorsque ces articles sont combinés avec les articles 10 et 11 de la Constitution. Par ailleurs, les réassureurs, le Bureau du suivi de la tarification et la Caisse de compensation ne sont pas investis d'un pouvoir de décision à portée individuelle contraignant, ni d'un pouvoir réglementaire. En ce qui concerne la Commission des assurances, Test-Achats souligne que le délai pour la rédaction d'un code de bonne conduite est écoulé, de sorte que la partie requérante n'a plus d'intérêt au moyen à cet égard.

- B -

Quant aux dispositions attaquées

B.1. La partie requérante demande l'annulation des articles 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15 et 16 de la loi du 21 janvier 2010 modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru.

B.2.1. Le chapitre V du titre III (« Des assurances de personnes ») de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre, inséré par l'article 2 de la loi du 21 janvier 2010, contient des « Dispositions propres à certains contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit ».

Les articles 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 14 et 15 de la loi du 21 janvier 2010 insèrent plusieurs articles dans ce chapitre V.

B.2.2. L'article 138^{ter}-1 de la loi du 25 juin 1992, inséré par l'article 3 de la loi du 21 janvier 2010, dispose :

« Instauration d'un code de bonne conduite et d'un questionnaire médical standardisé

§ 1er. La Commission des assurances créée par la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances est chargée d'élaborer, dans les six mois de la publication au *Moniteur belge* de la loi du [21 janvier 2010] modifiant la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre en ce qui concerne les assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru, un code de bonne conduite qui précise :

1° dans quels cas et pour quels types de crédit ou pour quels montants assurés un questionnaire médical standardisé doit être complété;

2° le contenu du questionnaire médical standardisé, étant entendu qu'il doit être établi dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de l'article 8 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales du 4 novembre 1950;

3° la manière dont les assureurs tiennent compte du questionnaire dans leur décision d'attribuer ou non l'assurance et pour la fixation de la prime;

4° les cas où les assureurs peuvent demander un examen médical complémentaire au candidat à l'assurance, ainsi que le contenu de cet examen et le droit à l'information concernant les résultats de cet examen;

5° le délai dans lequel les assureurs doivent communiquer leur décision relative à la demande d'assurance au candidat à l'assurance, étant entendu que la durée globale de traitement des dossiers de demande de prêt immobilier par les établissements de crédit et les assureurs ne pourra pas excéder cinq semaines à compter de la réception du dossier complet;

6° la manière dont les établissements de crédit prennent également en considération d'autres garanties que l'assurance du solde restant dû lors de l'octroi d'un crédit;

7° les conditions auxquelles les candidats à l'assurance qui se voient refuser l'accès à une assurance du solde restant dû peuvent faire appel au Bureau de suivi de la tarification visé à l'article 138^{ter}-6, § 1er;

8° l'obligation dans le chef des entreprises d'assurances et des établissements de crédit de diffuser largement et de façon compréhensible l'information sur l'existence du présent mécanisme d'assurances du solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru;

9° les sanctions civiles prévues en cas de manquement aux règles du code de bonne conduite.

Le code de bonne conduite ne peut entrer en vigueur qu'après avoir recueilli l'avis de la Commission de la protection de la vie privée.

Les conditions visées à l'alinéa premier, 7°, fixent notamment le nombre de refus de la part des entreprises d'assurance que le candidat à l'assurance doit avoir essuyé avant de pouvoir s'adresser au Bureau du suivi de la tarification, ainsi que la hauteur des primes assimilées à un refus de la demande.

§ 2. Si la Commission des assurances ne parvient pas à élaborer le code de bonne conduite dans le délai visé au § 1er, le Roi, sur proposition conjointe des ministres ayant les Assurances et la Santé publique dans leurs attributions, fixe un code de bonne conduite après avoir recueilli l'avis de la Commission de la protection de la vie privée.

§ 3. A défaut du code de bonne conduite visé au paragraphe premier, le Roi peut régler ou interdire l'utilisation des questionnaires médicaux.

Le Roi peut déterminer, reformuler ou interdire des questions relatives à la santé de l'assuré. Il peut limiter la portée d'une question dans le temps.

Le Roi peut déterminer le montant assuré au-dessous duquel seul le questionnaire médical peut être utilisé ».

B.2.3. L'article 138ter-2 de la même loi, inséré par l'article 4 de la loi du 21 janvier 2010, dispose :

« L'assureur qui propose une prime au preneur d'assurance est tenu de scinder celle-ci entre la prime de base et la surprime imputée en raison de l'état de santé de l'assuré.

S'il décide de refuser l'assurance ou d'en ajourner l'octroi, d'exclure certains risques de la couverture ou d'imputer une surprime, l'assureur en avise par courrier le candidat preneur d'assurance, de façon claire et explicite, et en motivant les raisons de ses décisions. Le candidat preneur d'assurance est informé, par le même courrier, de la faculté qu'il a de prendre contact par écrit avec le médecin de l'assureur, directement ou par l'intermédiaire d'un médecin de son choix, pour connaître les raisons médicales sur lesquelles l'assureur a fondé ses décisions. Dans ce même courrier, l'assureur attire l'attention sur l'existence et mentionne les coordonnées du Bureau du suivi de la tarification et de l'organe de conciliation en matière d'assurance du solde restant dû.

L'assureur indique si la prime proposée peut être prise en considération pour l'application du mécanisme de solidarité par la Caisse de compensation visée à l'article 138ter-9 ».

B.2.4. L'article 138^{ter}-3 de la même loi, inséré par l'article 5 de la loi du 21 janvier 2010, dispose :

« Le preneur d'assurance qui n'est pas d'accord avec la prime proposée en informe l'assureur. L'assureur transmet immédiatement l'ensemble du dossier au réassureur, en lui demandant de le réévaluer.

Le réassureur décide sur la seule base du dossier transmis. Tout contact direct entre d'une part, le réassureur et d'autre part, le preneur d'assurance, l'assuré ou le médecin traitant est interdit ».

B.2.5. L'article 138^{ter}-4 de la même loi, inséré par l'article 6 de la loi du 21 janvier 2010 dispose :

« Lorsque le réassureur décide d'appliquer une surprime inférieure à celle initialement fixée par l'assureur, ce dernier modifie en ce sens la proposition d'assurance.

Dans le cas contraire, l'assureur confirme sa proposition initiale ».

B.2.6. L'article 138^{ter}-6 de la même loi, inséré par l'article 8 de la loi du 21 janvier 2010, dispose :

« § 1er. Le Roi crée un Bureau du suivi de la tarification, qui a pour mission d'examiner les propositions de surprime à la demande de la partie la plus diligente.

§ 2. Le Bureau du suivi de la tarification se compose de deux membres qui représentent les entreprises d'assurances, d'un membre qui représente les consommateurs et d'un membre qui représente les patients. Les membres sont nommés par le Roi pour un terme de six ans.

Ils sont choisis sur une liste double présentée par les associations professionnelles des entreprises d'assurances et par les associations représentatives des intérêts des consommateurs et des patients.

Le Bureau est présidé par un magistrat indépendant, nommé par le Roi pour un terme de six ans.

Le Roi fixe les indemnités auxquelles le président et les membres du Bureau de suivi de la tarification ont droit ainsi que l'indemnité des experts.

Le Roi désigne également un suppléant pour chaque membre. Les suppléants sont choisis de la même manière que les membres effectifs.

Les Ministres ayant les Assurances et la Santé dans leurs attributions peuvent déléguer un observateur auprès du Bureau.

Le Bureau peut s'adjoindre des experts, sans voix délibérative.

§ 3. Le Bureau examine si la surprime proposée se justifie objectivement et raisonnablement d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance.

Ce Bureau peut être saisi directement par le candidat à l'assurance, l'Ombudsman des assurances ou un des membres du Bureau.

Il fait une proposition contraignante dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de réception du dossier ».

B.2.7. L'article 138^{ter}-8 de la même loi, inséré par l'article 10 de la loi du 21 janvier 2010, dispose :

« Accès aux assurances aux conditions proposées par le Bureau du suivi de la tarification.

§ 1er. Le Bureau du suivi de la tarification fixe les conditions et les primes auxquels le candidat preneur d'assurance a accès à une assurance sur la vie ou, le cas échéant, à une assurance contre l'invalidité qui garantit un crédit hypothécaire, un crédit à la consommation ou un crédit professionnel.

Le Bureau revoit ses conditions d'accès et primes tous les deux ans en fonction des données scientifiques les plus récentes relatives à l'évolution des risques de décès ou, le cas échéant, d'invalidité et à la probabilité d'une dégradation de la santé des personnes présentant un risque accru à la suite de leur état de santé.

§ 2. L'assureur qui refuse le candidat preneur d'assurance ou qui propose une prime ou une franchise qui excède celle applicable en vertu des conditions tarifaires proposées par le Bureau du suivi de la tarification communique d'initiative au candidat preneur d'assurance les conditions d'accès et les tarifs proposés par le Bureau et l'informe qu'il peut éventuellement s'adresser à un autre assureur.

L'assureur communique par écrit et de manière claire, explicite et non équivoque les motifs du refus d'assurance ou les raisons pour lesquelles une surprime ou une franchise plus élevée sont proposées, ainsi que la composition précise de celles-ci ».

B.2.8. L'article 138^{ter}-9 de la même loi, inséré par l'article 11 de la loi du 21 janvier 2010, dispose :

« § 1er. Le Roi agréé, aux conditions qu'Il détermine, une Caisse de compensation qui a pour mission de répartir la charge des surprimes.

§ 2. Le Roi approuve les statuts et règle le contrôle de l'activité de la Caisse de compensation. Il indique les actes qui doivent faire l'objet d'une publication au *Moniteur belge*. Au besoin, Il crée la Caisse de compensation.

§ 3. Les assureurs qui pratiquent l'assurance vie comme garantie d'un crédit hypothécaire, ainsi que les prêteurs hypothécaires, sont solidairement tenus d'effectuer à la Caisse de compensation les versements nécessaires pour l'accomplissement de sa mission et pour supporter ses frais de fonctionnement.

Si la Caisse de compensation est créée par le Roi, un arrêté royal fixe chaque année les règles de calcul des versements à effectuer par les assureurs et les prêteurs hypothécaires.

§ 4. L'agrément est retiré si la Caisse de compensation n'agit pas conformément aux lois, règlements ou à ses statuts.

Dans ce cas, le Roi peut prendre toutes mesures propres à sauvegarder les droits des preneurs d'assurance, des assurés et des personnes lésées.

La Caisse de compensation reste soumise au contrôle pendant toute la durée de la liquidation.

Le Roi nomme un liquidateur spécial chargé de cette liquidation ».

B.2.9. L'article 138^{ter}-12 de la même loi, inséré par l'article 14 de la loi du 21 janvier 2010, dispose :

« L'assureur qui applique une surprime supérieure à un seuil exprimé en pourcentage de la prime de base, est tenu de faire intervenir la Caisse de compensation.

La Caisse de compensation est tenue de payer la partie de la surprime qui dépasse ce seuil, sans que pour autant, la surprime ne puisse dépasser un plafond exprimé en pourcentage de la prime de base.

La prime de base est assimilée à la prime la plus basse proposée par l'entreprise d'assurance pour une personne du même âge.

Le Roi fixe ce seuil et ce plafond afin qu'ils répondent à une nécessaire solidarité envers les preneurs d'assurance concernés, sans que ce seuil ne puisse excéder 200 % de la prime de base. L'évaluation prévue à l'article 138^{ter}-7 fera également rapport sur ce point.

A la demande de la Caisse de compensation, l'assureur délivre un double du dossier d'assurance. Le cas échéant, il donne des explications nécessaires ».

B.2.10. L'article 138^{ter}-13 de la même loi, inséré par l'article 15 de la loi du 21 janvier 2010, dispose :

« Les articles 138^{ter}-1 à 138^{ter}-12 sont d'application aux contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du preneur d'assurance.

Le Roi peut étendre le champ d'application de ces articles à d'autres contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit ».

B.3. Tel qu'il a été modifié par l'article 16 de la loi du 21 janvier 2010, l'article 139, § 1er, 3°, de la loi du 25 juin 1992 sur le contrat d'assurance terrestre dispose :

« Dispositions pénales.

§ 1er. Sont punis d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de 1.000 à 10.000 euros ou d'une de ces peines seulement :

[...]

3° ceux qui, en qualité d'assureur ou de mandataire d'un assureur, ne respectent pas le code de bonne conduite prévu à l'article 138^{ter}-1 ou les dispositions légales qui en tiennent lieu prévues aux articles 138^{ter}-2 à 138^{ter}-6. Le non-respect du code de bonne conduite par un assureur ou son préposé est considéré comme un acte contraire aux usages honnêtes au sens du Chapitre VII, Section 4, de la loi du 14 juillet 1991 sur les pratiques du commerce et sur l'information et la protection du consommateur. Ces infractions sont recherchées, constatées et poursuivies conformément aux règles prévues dans la législation sur les pratiques du commerce. Les règles prévues dans cette législation sur les procédures d'avertissement, la transaction et l'action en cessation sont également applicables ».

B.4. L'article 138^{ter}-1 de la loi du 25 juin 1992 est entré en vigueur le jour de la publication de la loi du 21 janvier 2010 au *Moniteur belge*, soit le 3 février 2010 (article 18, alinéa 2, de la loi du 21 janvier 2010).

La date de l'entrée en vigueur des autres dispositions précitées devait être déterminée par le Roi dans les douze mois de cette publication (article 18, alinéa 1er, de cette loi). Faute de décision en ce sens, elles ne sont pas entrées en vigueur.

B.5.1. Il ressort des travaux préparatoires que la loi du 21 janvier 2010 a été conçue comme une loi-cadre (*Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, DOC 52-1977/008, p. 3).

B.5.2. Le législateur a d'abord voulu permettre au secteur de l'assurance et aux organisations de consommateurs et de patients d'élaborer ensemble une solution pour la problématique de l'accès des personnes présentant un risque de santé accru aux assurances de solde restant dû (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1977/001, pp. 5-6).

La Commission des assurances, créée par la loi du 9 juillet 1975 relative au contrôle des entreprises d'assurances, était à cet égard chargée d'élaborer, avant le 3 août 2010, un code de bonne conduite contenant une série d'éléments précis (article 138*ter*-1, § 1er, de la loi du 25 juin 1992, lu en combinaison avec l'article 18, alinéa 2, de la loi du 21 janvier 2010).

B.5.3. La Commission des assurances n'est toutefois pas parvenue à élaborer un code de bonne conduite dans ces délais.

De ce fait, la « réglementation légale » remplace ce code de bonne conduite (*Ann.*, Chambre, 3 décembre 2009, p. 57). En effet, il ressort de l'article 139, § 1er, 3^o, de la loi du 25 juin 1992, que les « dispositions légales [...] prévues aux articles 138*ter*-2 à 138*ter*-6 » remplacent le code de bonne conduite à élaborer par la Commission des assurances si cette Commission ne parvient pas à fixer le code de bonne conduite.

B.6. Plusieurs dispositions, insérées par la loi du 21 janvier 2010, confient des missions au Roi, en vue de régler les nécessaires modalités d'exécution de la loi.

Le Roi doit, après avoir recueilli l'avis de la Commission de la protection de la vie privée, fixer le code de bonne conduite visé à l'article 138*ter*-1, § 1er, de la loi du 25 juin 1992 si la Commission des assurances n'y parvient pas, et peut, à défaut de ce code de bonne conduite, d'ores et déjà régler ou interdire, entre autres, l'utilisation des questionnaires médicaux et déterminer le montant assuré au-dessous duquel seul le questionnaire médical peut être utilisé (article 138*ter*-1, §§ 2 et 3, de la loi du 25 juin 1992). Il doit créer un Bureau

du suivi de la tarification, en nommer les membres et fixer les indemnités auxquelles ils ont droit (article 138^{ter}-6 de la même loi). Il doit, aux conditions qu'Il détermine, agréer une Caisse de compensation et régler le contrôle exercé sur celle-ci, ou créer Lui-même cette Caisse de compensation (article 138^{ter}-9 de la même loi). Il doit, enfin, fixer le seuil et le montant maximum visés dans l'article 138^{ter}-12 de la même loi.

Le Roi n'a pas encore pris d'arrêté en exécution de ces dispositions.

Quant à la recevabilité ratione temporis du recours

B.7.1. L'ASBL « Association Belge des Consommateurs Test-Achats » fait valoir que le recours est tardif, au motif qu'il n'a été reçu au greffe de la Cour que le 9 août 2010.

B.7.2. Aux termes de l'article 3, § 1er, de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, un recours tendant à l'annulation d'une disposition législative n'est recevable que s'il est introduit dans le délai de six mois suivant la publication de la disposition attaquée au *Moniteur belge*.

Selon l'article 82, premier et dernier alinéas, de la loi spéciale précitée, la requête contenant un tel recours est envoyée à la Cour sous pli recommandé à la poste et la date de la poste fait foi pour l'envoi.

B.7.3. Pour apprécier la recevabilité *ratione temporis* d'un recours, il y a lieu de tenir compte de la date de la poste figurant sur l'envoi recommandé de la requête, en l'espèce le 29 juillet 2010, et non de la date à laquelle la requête est parvenue au greffe de la Cour.

La loi attaquée ayant été publiée au *Moniteur belge* du 3 février 2010, seconde édition, et la requête ayant été envoyée le 29 juillet 2010, le recours n'a pas été introduit tardivement.

L'exception est rejetée.

Quant à l'intérêt de la partie requérante

B.8.1. Selon le Conseil des ministres, la partie requérante n'a pas intérêt à l'annulation des dispositions attaquées, premièrement parce que ces dispositions sont issues des propositions que la partie requérante aurait faites dans le cadre de l'élaboration de la loi attaquée, deuxièmement parce que la partie requérante, étant représentée à la Commission des assurances, a eu la possibilité de collaborer à l'établissement du code de bonne conduite visé à l'article 3 attaqué et troisièmement parce que la loi attaquée n'est pas encore en vigueur, faute d'arrêtés d'exécution.

B.8.2. La partie requérante est une union professionnelle reconnue qui défend les intérêts des entreprises d'assurance et qui, en vertu de la loi du 31 mars 1898 sur les unions professionnelles, a la qualité requise pour attaquer des dispositions qui affectent directement et défavorablement les intérêts de ses membres.

Etant donné que les dispositions attaquées limitent la liberté des assureurs sur le plan de l'organisation de leurs activités (articles 3, 4, 5, 6, 8, 10, 14 et 15), obligent les assureurs à faire des versements à une Caisse de compensation (article 11) et lient des sanctions au non-respect de certaines obligations (article 16), la situation des membres de la partie requérante peut être affectée directement et défavorablement par ces dispositions.

B.8.3. La simple circonstance que certains éléments des dispositions attaquées seraient issus des propositions faites par la partie requérante dans le cadre de l'élaboration de la loi n'est en principe pas de nature à remettre en cause son intérêt à agir. Il en est d'autant plus ainsi lorsque ces dispositions, comme c'est le cas en l'espèce, élaborent une réglementation qui, considérée dans son ensemble, ne répond que partiellement et sous une forme modifiée aux propositions faites par la partie requérante.

B.8.4. La circonstance que la loi attaquée n'est pas encore entrée en vigueur, faute d'arrêtés d'exécution, n'est pas non plus de nature à remettre en cause l'intérêt à agir de la partie requérante. En effet, en juger autrement aurait pour conséquence que le législateur et le Roi pourraient empêcher des recours en annulation en ne faisant entrer des lois en vigueur qu'à l'expiration du délai dans lequel ces recours peuvent être introduits.

B.8.5. Enfin, la circonstance que la partie requérante, qui est représentée à la Commission des assurances, a eu, conformément à l'article 138^{ter}-1 de la loi du 25 juin 1992, la possibilité de collaborer à l'élaboration du code de bonne conduite, n'est, en soi, pas davantage de nature à remettre en cause son intérêt à agir contre les dispositions attaquées. En effet, la Commission des assurances étant composée de plusieurs membres, la partie requérante ne se trouve pas, au sein de cette Commission, dans une position lui permettant avec certitude de concrétiser pleinement ses idées concernant ledit code de bonne conduite. Au demeurant, le recours introduit ne porte pas seulement sur des dispositions relatives au code de bonne conduite.

B.8.6. Ainsi qu'il est rappelé en B.5.2 et B.5.3, la Commission des assurances n'est pas parvenue à élaborer un code de bonne conduite dans le délai qui lui était imparti pour ce faire, de sorte que ce code doit être fixé par le Roi.

La partie requérante n'a donc plus d'intérêt à l'annulation de l'article 3 attaqué, en ce qu'il prévoit que la Commission des assurances est chargée de l'établissement d'un code de bonne conduite.

Pour le surplus, la partie requérante justifie de l'intérêt requis.

Quant au fond

En ce qui concerne le premier moyen

B.9. Dans le premier moyen, la partie requérante fait valoir que les articles 138^{ter}-1, 138^{ter}-2, 138^{ter}-3, 138^{ter}-4, 138^{ter}-6, 138^{ter}-8, 138^{ter}-9, 138^{ter}-12, 138^{ter}-13 et 139, § 1er,

3°, de la loi du 25 juin 1992, insérés par les articles 3, 4, 5, 6, 8, 10, 11, 14, 15 et 16 de la loi du 21 janvier 2010, violent les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés ou non avec la liberté de commerce et d'industrie et avec le principe général de la liberté contractuelle.

B.10. La liberté de commerce et d'industrie ne peut être conçue comme une liberté absolue. Elle ne fait pas obstacle à ce que la loi règle l'activité économique des personnes et des entreprises. Elle ne serait violée que si elle était limitée sans nécessité et de manière manifestement disproportionnée au but poursuivi. Il en va de même pour la liberté contractuelle, qui est limitée par la liberté contractuelle et d'autres droits d'autrui, parmi lesquels le droit d'être traité de manière non discriminatoire.

B.11. Dans la première branche du moyen, la partie requérante critique les dispositions attaquées parce que le régime d'exception qu'elles instaurent ne resterait pas limité aux cas visés par le législateur.

B.12.1. En ce qui concerne le but poursuivi par le législateur, les travaux préparatoires mentionnent ce qui suit :

« Les personnes dont la santé est chancelante éprouvent souvent des difficultés pour contracter une assurance sur la vie. L'un des problèmes les plus graves concerne les malades chroniques et les (anciennes) victimes du cancer qui, aujourd'hui encore, obtiennent difficilement une assurance de solde restant dû. Ou cette assurance leur est simplement refusée par leur assureur, ou les primes demandées sont tellement élevées qu'elles s'assimilent, en pratique, à un refus. Les jeunes cancéreux obtiennent difficilement cette assurance, même lorsqu'ils sont considérés comme guéris, et ce refus les empêche de contracter un emprunt, par exemple pour acheter une maison. Généralement, cette assurance est demandée par le prêteur pour garantir le crédit hypothécaire, ce qu'autorise d'ailleurs la loi sur le crédit hypothécaire » (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1977/001, p. 3).

« Le fonctionnement du futur bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû [lire : Bureau du suivi de la tarification] peut être étendu aux assurances contre l'invalidité qui garantissent le remboursement d'un crédit. Cet élément revêt surtout un intérêt pour les indépendants pour lesquels le remboursement d'un crédit peut s'avérer problématique, eu égard à la modicité des indemnités de maladie qui leur sont allouées. L'on peut également renvoyer à l'extension de la Convention française Aeras aux assurances contre l'invalidité garantissant un crédit hypothécaire ou professionnel. Il serait souhaitable que cette extension éventuelle bénéficie d'une large assise sociale » (*ibid.*, p. 8).

« Dans un premier temps, le champ d'application [de la loi] serait bien déterminé et limité aux types d'assurance où les problèmes se posent de la façon la plus aiguë. Une extension ultérieure à d'autres types d'assurance pourrait ensuite être envisagée.

[...]

Mme [...] est d'avis que le plus urgent est d'apporter une solution aux contrats d'assurance qui garantissent le remboursement d'un crédit habitation. Une fois la loi entrée en vigueur, il pourra être envisagé d'étendre son champ d'application à d'autres types d'assurance » (*Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, DOC 52-1977/008, p. 25).

B.12.2. Il ressort de ce qui précède que le législateur a en premier lieu voulu élaborer une réglementation concernant l'accès des personnes présentant des problèmes de santé à une assurance de solde restant dû couvrant un crédit hypothécaire. Toutefois, le législateur n'a pas voulu exclure une extension ultérieure du champ d'application de la loi à d'autres contrats d'assurance garantissant le remboursement du capital d'un crédit, comme le capital d'un crédit professionnel ou d'un crédit à la consommation.

B.12.3. Il ressort encore des travaux préparatoires que l'objectif recherché n'était pas de rendre les dispositions applicables « dès que le candidat preneur d'assurance présente le moindre problème de santé » (*Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, DOC 52-1977/008, p. 18). Il a été souligné à plusieurs reprises que la loi vise à répondre aux problèmes des personnes qui sont des malades chroniques, des victimes du cancer ou d'anciennes victimes du cancer ou qui souffrent de maladies rares (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1977/001, p. 1; *Ann.*, Chambre, 3 décembre 2009, pp. 57, 61, 63 et 65).

B.12.4. Le législateur a donc visé la situation de personnes présentant un risque de santé accru dû à une maladie présentant un certain degré de gravité. Il a voulu élaborer une réglementation qui accroît et rend davantage transparent l'accès de ces personnes aux assurances, sans vouloir créer toutefois un droit à l'assurance :

« On ne peut espérer qu'en matière d'assurances de solde restant dû, tout le monde dispose d'un droit absolu à l'assurance comme c'est le cas pour l'assurance contre les catastrophes naturelles. Ainsi par exemple, une personne sachant qu'elle n'en a plus que pour un an ou deux à vivre pourrait recourir au bureau pour encore vite acquérir à crédit une maison ou une voiture destinée à ses héritiers après son décès. [...]

Ainsi faut-il, par exemple, tenir compte des fortes variations dans les taux de survie en cas de diagnostic du cancer, ce que ne font de toute évidence pas tous les assureurs. Il est évident qu'aucune assurance ne sera accordée, même par le bureau de tarification, en cas de maladie grave incurable et mortelle à court terme » (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1977/001, p. 9).

B.13.1. Selon l'article 138*ter*-13 de la loi du 25 juin 1992, inséré par l'article 15 attaqué, les articles 138*ter*-1 à 138*ter*-12 sont d'application aux contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du preneur d'assurance, et le Roi peut étendre le champ d'application de ces articles à d'autres contrats d'assurance qui garantissent le remboursement du capital d'un crédit.

B.13.2. Bien qu'il ne soit pas précisé dans cette disposition que la loi vise uniquement à résoudre les problèmes que rencontrent les personnes présentant un risque de santé accru, dû à une maladie présentant un certain degré de gravité, en matière d'accès aux contrats d'assurances mentionnés dans la disposition, il faut tenir compte du fait que la loi du 21 janvier 2010, ainsi qu'il a été rappelé en B.5.1, a été conçue comme une loi-cadre, dont le champ d'application doit encore être précisé par le Roi. L'article 138*ter*-1, § 1er, alinéa 1er, 1° et 7°, de la loi du 25 juin 1992 dispose pour cette raison que le code de bonne conduite doit préciser « dans quels cas et pour quels types de crédit ou pour quels montants assurés un questionnaire médical standardisé doit être complété » (1°) et fixer « les conditions auxquelles les candidats à l'assurance qui se voient refuser l'accès à une assurance du solde restant dû peuvent faire appel au Bureau du suivi de la tarification » (7°).

Le fait que le législateur ait uniquement voulu résoudre les problèmes que rencontrent les personnes présentant un risque de santé accru en matière d'accès aux contrats d'assurances ressort également de l'article 138*ter*-1, § 1er, alinéa 1er, 8°, en vertu duquel le code de bonne conduite doit préciser que les entreprises d'assurance et les établissements de crédit doivent diffuser l'information sur l'existence du mécanisme d'assurance du solde restant dû réglé par la loi « pour les personnes présentant un risque de santé accru ». Au demeurant, l'intitulé de la loi attaquée mentionne également que la réglementation qui y est contenue concerne « les personnes présentant un risque de santé accru ».

B.13.3. Contrairement à ce que soutient la partie requérante, la manière dont le législateur a utilisé les notions de « prime », de « prime de base » et de « surprime » dans les dispositions attaquées ne permet pas de conclure que le mécanisme de révision instauré par les articles 138*ter*-3, 138*ter*-4 et 138*ter*-6 de la loi du 25 juin 1992 serait d'application dès qu'une prime de base est, pour l'une ou l'autre raison, majorée d'une surprime. La « prime de base » est « la prime la plus basse proposée par l'entreprise d'assurance pour une personne du même âge » (article 138*ter*-12, alinéa 3, de la loi du 25 juin 1992, inséré par l'article 14 attaqué), tandis que la « surprime » constitue la partie de la « prime » qui est imputée en raison de l'état de santé de l'assuré (article 138*ter*-2, alinéa 1er, de la loi du 25 juin 1992, inséré par l'article 4 attaqué). Compte tenu de ce qui précède, il y a lieu de comprendre par « état de santé » un risque de santé dû à une maladie présentant un certain degré de gravité.

B.13.4. La Commission des assurances n'étant pas parvenue à élaborer un code de bonne conduite dans le délai mentionné à l'article 138*ter*-1, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 25 juin 1992, il appartient au Roi de préciser le champ d'application de la loi, conformément à l'objectif du législateur, et au juge compétent de vérifier si le Roi a exercé l'habilitation que Lui confère la loi du 21 janvier 2010 en conformité avec les dispositions de cette loi et avec l'objectif du législateur.

B.14. En sa première branche, le premier moyen n'est pas fondé.

B.15. Dans la seconde branche du premier moyen, la partie requérante fait valoir qu'il n'y a pas de lien raisonnable de proportionnalité entre, d'une part, le but poursuivi par le législateur et, d'autre part, la disposition qui prévoit un code de bonne conduite précisant le contenu d'un questionnaire médical standardisé (article 138*ter*-1, § 1er, alinéa 1er, de la loi du 25 juin 1992), les dispositions qui prévoient la possibilité pour le preneur d'assurance d'obtenir une décision de parties tierces (articles 138*ter*-3, 138*ter*-4 et 138*ter*-6 de la même loi) et les dispositions qui prévoient un mécanisme de solidarité en matière de paiement de la surprime (articles 138*ter*-9 et 138*ter*-12 de la même loi).

B.16.1. L'article 138^{ter}-1 de la loi du 25 juin 1992 prévoit l'instauration d'un code de bonne conduite et d'un questionnaire médical standardisé, dont le contenu est précisé au paragraphe 1er de cet article.

A défaut de code de bonne conduite fixé par la Commission des assurances, il appartient au Roi, conformément à l'article 138^{ter}-1, § 2, de fixer le code de bonne conduite, après avis de la Commission de protection de la vie privée. En vertu de l'article 138^{ter}-1, § 3, le Roi peut, lorsque ce code n'a pas encore été fixé, déjà régler ou interdire l'utilisation des questionnaires médicaux, déterminer, reformuler ou interdire des questions relatives à la santé de l'assuré, limiter la portée d'une question dans le temps et déterminer le montant assuré au-dessous duquel seul le questionnaire médical peut être utilisé.

B.16.2. La partie requérante fait valoir que, dans les cas où seul le questionnaire médical peut être utilisé et où il est également précisé de quelle manière les assureurs doivent tenir compte de ce questionnaire, les assureurs ne peuvent plus évaluer eux-mêmes le risque, entre autres sur la base d'un examen médical, ni déterminer, en fonction de cette évaluation, le montant de la surprime. Il serait ainsi porté atteinte de manière disproportionnée à la liberté de commerce et d'industrie et à la liberté contractuelle. Ce serait aussi le cas lorsque le Roi règle de manière restrictive ou interdit l'utilisation d'un questionnaire médical, fixe, reformule ou interdit des questions et limite leur portée dans le temps.

B.16.3. L'instauration d'un code de bonne conduite et d'un questionnaire médical standardisé a été justifiée comme suit dans les travaux préparatoires :

« L'introduction d'un code de conduite et d'un questionnaire médical standardisé s'inscrit dans le cadre de la problématique générale du manque de clarté des questionnaires et des examens médicaux préalables à l'octroi de toute assurance personnelle. La présente proposition de loi vise à y répondre, pour le secteur des assurances de solde restant dû, grâce à une solution dont l'objectif est double.

D'une part, un questionnaire doit offrir un équilibre entre la protection de la vie privée du candidat-assuré et la nécessité pour l'assureur de déterminer le risque sanitaire. Indirectement, le code de conduite permettra sans doute également de rendre l'accès au marché plus simple et plus transparent, comme c'est le cas aux Pays-Bas.

D'autre part, un questionnaire standardisé doit faciliter le fonctionnement du bureau de tarification pour les assurances de solde restant dû [lire : Bureau du suivi de la tarification] [...] dès lors que toutes les questions relatives aux risques sanitaires seront formulées de la même manière par tous les assureurs » (*Doc. parl.*, Chambre, 2008-2009, DOC 52-1977/001, p. 5).

B.16.4. L'article 138*ter*-1, § 3, « vise à permettre au Roi de prendre toute une série de mesures visant à restreindre la portée des questionnaires médicaux pour l'assurance solde restant dû et ce, dans l'hypothèse où il n'y a pas eu consensus sur un code de bonne conduite » (*Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, DOC 52-1977/008, p. 11).

B.16.5. Il ressort des travaux préparatoires mentionnés en B.16.3 qu'en prévoyant un code de bonne conduite et un questionnaire médical standardisé, le législateur a en premier lieu voulu garantir le droit au respect de la vie privée des candidats à l'assurance. Ce principe est explicitement confirmé à l'article 138*ter*-1, § 1er, alinéa 1er, 2°, de la loi du 25 juin 1992, en vertu duquel le contenu du questionnaire médical standardisé doit être établi « dans le respect de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel et de l'article 8 de la Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales du 4 novembre 1950 ».

B.16.6. L'article 8 de la Convention européenne comporte non seulement une interdiction des ingérences arbitraires dans la vie privée et familiale mais également une obligation pour les Etats contractants de prendre les mesures nécessaires en vue de garantir la jouissance effective de la vie privée et familiale (voy., entre autres, CEDH, 26 mars 1985, *X et Y c. Pays-Bas*, § 23; 22 octobre 1996, *Stubbings et autres c. Royaume-Uni*, § 62; 24 février 1998, *Botta c. Italie*, § 33; 25 janvier 2000, *Ignaccolo-Zenide c. Roumanie*, § 94; 7 février 2002, *Mikulic c. Croatie*, § 57; 17 juillet 2003, *Craxi n° 2 c. Italie*, § 73). La Cour européenne des droits de l'homme a notamment déduit de cet article l'obligation de déployer des efforts suffisants pour faire cesser des atteintes répétées à la jouissance du droit au respect de la vie privée et familiale (*Surugiu c. Roumanie* du 20 avril 2004, § 68) et, en cas d'atteinte à ce droit, pour mener une enquête effective sur les circonstances concrètes de l'affaire et, au besoin, sanctionner les personnes responsables de certains manquements (*Craxi n° 2 c. Italie* du 17 juillet 2003, §§ 74 et 75).

L'article 22, alinéa 2, de la Constitution contient une obligation positive similaire. Il ressort des travaux préparatoires de cet article que le Constituant « [a] cherché à mettre le plus possible la proposition en concordance avec l'article 8 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales (CEDH), afin d'éviter toute contestation sur le contenu respectif de l'article de la Constitution et de l'article 8 de la CEDH » (*Doc. parl.*, Chambre, 1993-1994, n° 997/5, p. 2).

B.16.7. L'utilisation de questionnaires médicaux lors de la détermination du risque d'assurance et de la prime d'assurance constitue une ingérence dans le droit au respect de la vie privée des candidats à l'assurance.

Le législateur a pu estimer que l'utilisation de ces questionnaires devait être réglementée afin d'éviter que, dans le cadre de la conclusion d'un contrat d'assurance, des questions soient posées qui ne sont pas pertinentes ou qui sont excessives et qu'il soit ainsi porté atteinte de manière disproportionnée au droit au respect de la vie privée des intéressés. Il a également pu estimer que le fait que les assureurs exigent un examen médical complémentaire et demandent les résultats de celui-ci, en plus de l'utilisation d'un questionnaire médical, pouvait constituer une restriction disproportionnée du droit au respect de la vie privée de l'intéressé dans les cas où le montant assuré demeure limité. Il a enfin pu estimer également, sur la base de l'obligation positive découlant du droit au respect de la vie privée, que des sanctions devaient être liées au non-respect des règles en cause.

B.16.8. Il ressort des travaux préparatoires cités en B.16.3 que le législateur n'a pas seulement reconnu l'importance du droit au respect de la vie privée du candidat à l'assurance mais également « la nécessité pour l'assureur de [pouvoir] déterminer le risque sanitaire ».

L'article 138^{ter}-1, de la loi du 25 juin 1992 ne saurait donc être interprété en ce sens que le Roi est habilité à prendre des mesures empêchant les assureurs d'évaluer le risque de santé du candidat à l'assurance et de déterminer le montant de la surprime en fonction de cette estimation. Il appartient au juge compétent de vérifier, le cas échéant, si le Roi a exercé

l'habilitation que Lui confère la loi du 21 janvier 2010 en conformité avec les dispositions de cette loi.

B.16.9. L'article 138*ter*-1 de la loi du 25 juin 1992 ne porte pas atteinte de manière disproportionnée à la liberté de commerce et d'industrie et à la liberté contractuelle des assureurs.

B.16.10. En tant qu'il est dirigé contre l'article 3 de la loi du 21 janvier 2010, le premier moyen, en sa seconde branche, n'est pas fondé.

B.17.1. Les articles 138*ter*-3, 138*ter*-4 et 138*ter*-6 de la loi du 25 juin 1992 prévoient la possibilité de faire réexaminer une surprime proposée par un assureur à un candidat à l'assurance.

L'article 138*ter*-3 de la loi du 25 juin 1992 prévoit que, lorsque le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec la prime proposée, l'assureur transmet le dossier au réassureur en lui demandant de le réévaluer. Tout contact direct entre le réassureur, d'une part, et le preneur d'assurance, l'assuré ou le médecin traitant, d'autre part, est interdit. Le réassureur décide sur la seule base du dossier transmis. L'article 138*ter*-4 de la même loi dispose que l'assureur adapte sa proposition lorsque le réassureur décide d'appliquer une surprime inférieure à celle initialement fixée par l'assureur. Dans le cas contraire, l'assureur confirme sa proposition initiale.

Selon l'article 138*ter*-6 de la même loi, le Bureau du suivi de la tarification peut être contacté directement par le candidat preneur d'assurance, l'Ombudsman des assurances ou un des membres du Bureau, aux fins de vérifier si la surprime proposée par un assureur se justifie objectivement et raisonnablement d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance. Le Bureau fait une proposition contraignante dans un délai de quinze jours ouvrables prenant cours à la date de réception du dossier. Le Bureau se compose de deux membres qui représentent les entreprises d'assurance, d'un membre qui représente les consommateurs et d'un membre qui représente les patients, ainsi que d'un magistrat indépendant, qui sont tous nommés par le Roi pour un terme de six ans. Le Bureau peut s'adjoindre des experts, lesquels ne disposent pas d'une voix délibérative.

B.17.2. La partie requérante critique ces dispositions, premièrement, parce qu'un assureur peut être tenu d'offrir une assurance de solde restant dû à un candidat preneur d'assurance à des conditions qui lui sont imposées par un tiers, deuxièmement, parce qu'elles ne garantissent pas suffisamment à l'assureur le droit d'être entendu et la possibilité de contester la surprime revue et, troisièmement, parce que le Bureau du suivi de la tarification n'est pas apte à se prononcer en connaissance de cause sur la surprime proposée par l'assureur et sur la rentabilité à long terme de cet assureur.

B.17.3. Les mécanismes de révision précités ont fait l'objet du commentaire suivant dans les travaux préparatoires :

« Si, par exemple, je fais une demande d'assurance de solde restant dû alors que je présente un risque de santé accru, l'assureur est tenu de me faire part de sa décision dans les quinze jours. Il doit établir, dans celle-ci, une distinction entre la prime de base et la surprime. [...]

Cette distinction rend les primes plus transparentes. Les consommateurs peuvent ainsi mieux les comparer et vérifier le montant de la surprime due au risque de santé accru.

L'assureur doit toutefois faire savoir pour quelle raison une assurance est éventuellement refusée. Il doit également communiquer que le médecin du consommateur peut demander davantage d'information au médecin de l'assureur, qu'il existe un bureau du suivi de la tarification, qu'il existe une commission de médiation et qu'il peut y avoir un mécanisme de solidarité.

A l'issue de la décision, le consommateur peut demander une réévaluation à un réassureur. Il s'agit là d'une deuxième étape non obligatoire.

Dans une troisième étape, le consommateur peut demander au bureau du suivi, directement ou par l'intermédiaire des représentants d'une organisation de patients ou de consommateurs, ou par l'intermédiaire de l'ombudsman des assurances, si la surprime est justifiée du point de vue médical et au regard de la technique des assurances. Il reçoit donc une seconde opinion objective » (*Ann.*, Chambre, 3 décembre 2009, p. 56).

B.17.4. Bien que les dispositions attaquées impliquent que l'assureur doive adapter la surprime initialement proposée lorsque le réassureur ou le Bureau du suivi de la tarification décident d'une surprime qui est inférieure à la surprime initialement proposée par l'assureur, ces dispositions n'entraînent pas pour l'assureur l'obligation de contracter. En effet, comme il a déjà été constaté en B.12.4, le législateur n'a pas voulu créer un droit à l'assurance de solde restant dû. Si un assureur estime qu'il n'est pas souhaitable de conclure une assurance de

solde restant dû aux conditions proposées par le réassureur ou par le Bureau du suivi de la tarification, il conserve donc le droit de refuser le candidat preneur d'assurance. Conformément à l'article 138^{ter}-8, § 2, de la loi du 25 juin 1992 un assureur doit, lorsqu'il refuse un candidat preneur d'assurance, communiquer à ce dernier les conditions d'accès et les tarifs proposés par le Bureau du suivi de la tarification et l'informer qu'il peut éventuellement s'adresser à un autre assureur.

B.17.5. Au demeurant, le réassureur et le Bureau du suivi de la tarification peuvent seulement décider d'une surprime inférieure lorsque la surprime initialement proposée par l'assureur ne peut être considérée comme justifiée « objectivement et raisonnablement d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance », d'où il ressort que le législateur a voulu mettre l'accent sur le droit à un traitement non discriminatoire du candidat preneur d'assurance. A cet égard, il n'y a pas de raison d'admettre que les membres du Bureau du suivi de la tarification, qui peuvent s'adjoindre des experts, ne seraient pas aptes à juger en connaissance de cause de la surprime proposée.

B.17.6. La circonstance que l'assureur ne dispose pas du droit d'être entendu par le réassureur ou le Bureau du suivi de la tarification n'est pas sans justification raisonnable, puisque les procédures de révision visent à obtenir « une seconde opinion objective », sur la base des données du dossier. Le réassureur ne peut, par ailleurs, prendre contact avec le preneur d'assurance, l'assuré ou le médecin traitant. Compte tenu du fait que les procédures de révision n'impliquent pas, pour l'assureur, l'obligation de contracter, il n'est pas davantage sans justification que la surprime proposée par le réassureur ou le Bureau du suivi de la tarification ne puisse être attaquée par l'assureur.

B.17.7. Les articles 138^{ter}-3, 138^{ter}-4 et 138^{ter}-6 de la loi du 25 juin 1992 ne portent donc pas atteinte de manière disproportionnée à la liberté de commerce et d'industrie ou à la liberté contractuelle des assureurs.

B.17.8. En tant qu'il est dirigé contre les articles 5, 6 et 8 de la loi du 21 janvier 2010, le premier moyen, en sa seconde branche, n'est pas fondé.

B.18.1. Les articles 138*ter*-9 et 138*ter*-12 de la loi du 25 juin 1992 prévoient un mécanisme par lequel certaines surprimes sont partiellement solidarisées.

L'article 138*ter*-9 de la loi du 25 juin 1992 prévoit que le Roi agrée, aux conditions qu'Il détermine, ou crée une Caisse de compensation « qui a pour mission de répartir la charge des surprimes ». Les assureurs qui pratiquent l'assurance vie comme garantie d'un crédit hypothécaire ainsi que les prêteurs hypothécaires sont solidairement tenus de faire à cette Caisse les versements nécessaires à l'accomplissement de sa mission et de supporter ses frais de fonctionnement. Si la Caisse est créée par le Roi, un arrêté royal fixe chaque année les règles de calcul des versements à effectuer par les assureurs et les prêteurs hypothécaires.

L'article 138*ter*-12 de la même loi prévoit que l'assureur qui applique une surprime supérieure à un seuil exprimé en pourcentage de la prime de base, doit faire intervenir la Caisse de compensation. Celle-ci est tenue de payer la partie de la surprime qui dépasse ce seuil, sans que la surprime puisse toutefois dépasser un plafond exprimé en pourcentage de la prime de base. Le Roi fixe le seuil et le plafond précités afin qu'ils répondent à une nécessaire solidarité envers les preneurs d'assurance concernés, sans que ce seuil puisse excéder 200 % de la prime de base.

B.18.2. Selon l'article 138*ter*-11 de la loi du 25 juin 1992, l'assureur qui impute une surprime supérieure à 200 % de la prime de base est tenu d'offrir la « garantie standardisée » au preneur d'assurance. Cette garantie standardisée est d'un montant maximal de 200 000 euros si le candidat à l'assurance souscrit seul le crédit hypothécaire. S'il y a un co-emprunteur, le candidat à l'assurance peut s'assurer pour le même montant, mais limité à 50 % du capital emprunté.

Cette « garantie standardisée » doit être comprise à la lumière de l'article 138^{ter}-8, § 1er, selon lequel le Bureau du suivi de la tarification fixe les conditions et les primes auxquelles le candidat preneur d'assurance a accès à une assurance sur la vie qui garantit un crédit hypothécaire, un crédit à la consommation ou un crédit professionnel. Le fait que l'assureur qui doit offrir la « garantie standardisée » n'est pas obligé de conclure l'assurance ressort de l'article 138^{ter}-8, § 2, en vertu duquel l'assureur qui refuse le candidat preneur d'assurance doit, entre autres, faire savoir qu'il peut s'adresser à un autre assureur.

B.18.3. La partie requérante critique les articles 138^{ter}-9 et 138^{ter}-12 de la loi du 25 juin 1992, parce qu'ils prévoient, pour les assurés, un mécanisme de solidarité concernant le paiement des surprimes, alors qu'il n'est pas prévu un mécanisme comparable, pour les assureurs, en ce qui concerne la charge des sinistres à supporter, cette charge n'étant pas répartie sur un groupe d'assureurs.

B.18.4. Les dispositions précitées font l'objet du commentaire suivant dans les travaux préparatoires :

« Le second volet de la proposition de loi concerne le mécanisme de solidarité par le biais du Bureau du suivi de la tarification. Ce mécanisme de solidarité joue à partir du moment où la surprime s'élève à plus du double de la prime de base. Le consommateur peut dans ce cas faire appel à une assurance standard selon les conditions du Bureau du suivi.

Enfin, il est prévu une Caisse de compensation, où l'assureur peut obtenir une compensation lorsque le consommateur paie une partie de la surprime. L'assureur peut dans ce cas récupérer une partie auprès de la Caisse de compensation.

Un arrêté royal doit encore préciser de quelle manière fonctionnera précisément le mécanisme des seuils minimal et maximal » (*Ann.*, Chambre, 3 décembre 2009, p. 57).

« M. [...] précise qu'il s'agit de préciser les conditions d'intervention de la Caisse de compensation, notamment le seuil minimal exprimé en pourcentage de la prime de base, lequel est fixé à 200 %. Au-delà de ce seuil de 200 %, l'assureur est tenu de faire intervenir la Caisse de compensation. Au-delà d'un plafond, la Caisse de compensation n'intervient plus. Le Roi fixe le seuil et le plafond afin qu'ils répondent à une nécessaire solidarité envers les preneurs d'assurance concernés. La prime de base est assimilée à la prime la plus basse proposée par l'entreprise d'assurance pour une personne du même âge.

[...]

M. [...] précise que la garantie standardisée vise le *quod plerumque fit*, c'est-à-dire les cas les plus nombreux se trouvant dans une situation identique; la garantie vise des personnes qui achètent une première habitation d'un prix maximum de 200 000 euros. L'intervenant rappelle que c'est le secteur même qui financera le dispositif, c'est-à-dire en fin de compte les assurés qui ne sont pas dans une situation de risque aggravé. Cette solidarité doit par conséquent être raisonnable. Pour les personnes qui présentent un risque hors de proportion, le dispositif ne peut pas raisonnablement intervenir. Le plafond sera fixé par le Roi » (*Doc. parl.*, Chambre, 2009-2010, DOC 52-1977/008, p. 24).

B.18.5. Eu égard à l'objectif de la loi attaquée, qui consiste à accroître l'accès aux assurances de solde restant dû pour les personnes présentant un risque de santé accru, dû à une maladie présentant un certain degré de gravité, il est raisonnablement justifié de prévoir un mécanisme de solidarité relatif aux surprimes dépassant un certain seuil minimal. En outre, ce mécanisme demeure limité, puisqu'il n'est pas applicable lorsque la surprime dépasse un montant maximum, restant à fixer par le Roi.

Etant donné qu'aucune disposition de la loi attaquée n'oblige les assureurs à conclure une assurance de solde restant dû, il est aussi raisonnablement justifié qu'il soit seulement prévu de mutualiser certaines surprimes ou une certaine partie de celles-ci et non de mutualiser la charge des sinistres. Au demeurant, comme il a déjà été constaté en B.16.8 et B.17.5, les dispositions de la loi attaquée ne donnent pas lieu à une évaluation incorrecte des risques médicaux.

B.18.6. En tant qu'il est dirigé contre les articles 11 et 14 de la loi du 21 janvier 2010, le premier moyen, en sa seconde branche, n'est pas fondée.

B.19. Le premier moyen n'est pas fondé.

En ce qui concerne le deuxième moyen

B.20. Dans le deuxième moyen, la partie requérante fait valoir que les articles 138ter-1, 138ter-3, 138ter-4, 138ter-6 et 138ter-8 de la loi du 25 juin 1992, insérés par les articles 3, 5, 6, 8 et 10 de la loi du 21 janvier 2010, violent les articles 10 et 11 de la Constitution,

combinés avec les articles 6, paragraphe 5, 34 et 35 de la directive 2002/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 5 novembre 2002 concernant l'assurance directe sur la vie.

B.21.1. L'article 6 de la directive 2002/83/CE fait partie du titre II (« Accès aux activités d'assurance vie »), qui comprend les articles 4 à 9*bis* de cette directive.

L'article 4 de la directive dispose que l'« accès aux activités visées par la présente directive est subordonné à l'octroi d'un agrément administratif préalable » qui « doit être sollicité auprès des autorités de l'Etat membre d'origine », soit par « l'entreprise qui fixe son siège social sur le territoire de cet Etat membre », soit par « l'entreprise qui, après avoir reçu l'agrément [précité], étend ses activités à l'ensemble d'une branche ou à d'autres branches ».

L'article 6, paragraphes 1er à 4, de la même directive énumère plusieurs conditions que doit remplir l'entreprise d'assurance qui demande cet agrément.

Le paragraphe 5 de cet article dispose :

« Les Etats membres ne prévoient pas de dispositions exigeant l'approbation préalable ou la communication systématique des conditions générales et spéciales des polices d'assurance, des tarifs, des bases techniques, utilisées notamment pour le calcul des tarifs et des provisions techniques, et des formulaires et autres imprimés que l'entreprise d'assurance se propose d'utiliser dans ses relations avec les preneurs d'assurance.

Nonobstant le premier alinéa, dans le seul but de contrôler le respect des dispositions nationales relatives aux principes actuariels, l'Etat membre d'origine peut exiger la communication systématique de bases techniques, utilisées pour le calcul des tarifs et des provisions techniques sans que cette exigence puisse constituer pour l'entreprise d'assurance une condition préalable à l'exercice de son activité.

La présente directive ne fait pas obstacle à ce que les Etats membres maintiennent ou introduisent des dispositions législatives, réglementaires et administratives qui prévoient l'approbation des statuts et la communication de tout document nécessaire à l'exercice normal du contrôle.

Au plus tard le 1er juillet 1999, la Commission présente au Conseil un rapport sur l'application du présent paragraphe ».

B.21.2. L'article 34 de la directive 2002/83/CE fait partie du chapitre 4 (« Droit du contrat et conditions d'assurance ») du titre III (« Conditions régissant l'activité d'assurance ») de cette directive et dispose :

« Les Etats membres ne prévoient pas de dispositions exigeant l'approbation préalable ou la communication systématique des conditions générales et spéciales des polices d'assurance, des tarifs, des bases techniques, utilisées notamment pour le calcul des tarifs et des provisions techniques, et des formulaires et autres imprimés que l'entreprise d'assurance se propose d'utiliser dans ses relations avec les preneurs d'assurance.

Nonobstant le premier alinéa, et dans le seul but de contrôler le respect des dispositions nationales relatives aux principes actuariels, l'Etat membre d'origine peut exiger la communication systématique des bases techniques utilisées pour le calcul des tarifs et des provisions techniques, sans que cette exigence puisse constituer pour l'entreprise d'assurance une condition préalable à l'exercice de son activité.

Au plus tard le 1er juillet 1999, la Commission présente au Conseil un rapport sur l'application de ces dispositions ».

B.21.3. L'article 45 de la directive 2002/83/CE fait partie du titre IV (« Dispositions relatives au droit d'établissement et à la libre prestation de services ») de cette directive et dispose :

« L'Etat membre de la succursale ou de la prestation de services ne prévoit pas de dispositions exigeant l'approbation préalable ou la communication systématique des conditions générales et spéciales des polices d'assurance, des tarifs, des bases techniques, utilisées notamment pour le calcul des tarifs et des provisions techniques, des formulaires et des autres imprimés que l'entreprise d'assurance se propose d'utiliser dans ses relations avec les preneurs d'assurance. Dans le but de contrôler le respect des dispositions nationales relatives aux contrats d'assurance, il ne peut exiger de toute entreprise d'assurance souhaitant effectuer sur son territoire des opérations d'assurance, en régime d'établissement ou en régime de libre prestation de services, que la communication non systématique des conditions et des autres imprimés qu'elle se propose d'utiliser, sans que cette exigence puisse constituer pour l'entreprise d'assurance une condition préalable de l'exercice de son activité ».

B.22.1. La directive 2002/83/CE a pour objet de lever tout « obstacle sur [le] territoire [de l'Etat membre] à la commercialisation de tous les produits d'assurance offerts dans [l'Union] », afin que le « preneur d'assurance ait accès à la plus large gamme de [ces] produits » (considérant 46 de la directive), en laissant aux Etats « la possibilité [...] d'imposer

l'application de leur droit aux contrats d'assurance comportant des engagements situés sur leur territoire [afin d']apporter des garanties suffisantes aux preneurs d'assurance » (considérant 44 de la directive).

Le considérant 46 de la directive mentionne encore, dans ce cadre, que les produits d'assurance offerts ne peuvent être « contraires aux dispositions légales d'intérêt général en vigueur dans l'Etat membre [...], étant entendu que ces dispositions doivent s'appliquer de façon non discriminatoire à toute entreprise opérant dans [l']Etat membre et être objectivement nécessaires et proportionnées à l'objectif poursuivi ». Pour cette raison, l'article 33 de la directive 2002/83/CE dispose que l'Etat membre de l'engagement ne peut empêcher le preneur d'assurance de souscrire un contrat conclu avec une entreprise d'assurance agréée dans les conditions énoncées à l'article 4 de cette directive, « pour autant qu'il ne soit pas en opposition avec les dispositions légales d'intérêt général en vigueur dans l'Etat membre de l'engagement ».

B.22.2. Les dispositions de la directive 2002/83/CE mentionnées dans le moyen n'ont pas pour objet de régler les relations contractuelles entre une entreprise d'assurance et un preneur d'assurance. Elles interdisent à un Etat membre d'exiger l'approbation préalable ou la communication systématique d'informations ou de documents qu'une entreprise d'assurance « se propose d'utiliser » dans ce type de relations. En indiquant que l'une des exceptions à cette interdiction ne peut « constituer pour l'entreprise d'assurance une condition préalable à l'exercice de son activité », l'article 34, alinéa 2, et l'article 45 de la directive 2002/83/CE rappellent que cette interdiction porte sur des communications antérieures à la naissance de toute relation contractuelle entre cette entreprise et le preneur d'assurance. Les règles contenues dans l'article 6, paragraphe 5, de la directive 2002/83/CE font, quant à elles, partie d'une disposition énonçant des conditions d'agrément auxquelles l'accès aux activités d'assurance est subordonné.

B.22.3. Les dispositions précitées de la directive 2002/83/CE ont la même portée que les dispositions des articles 29 et 39 de la directive 92/49/CEE du Conseil du 18 juin 1992 « portant coordination des dispositions législatives, réglementaires et administratives concernant l'assurance directe autre que l'assurance sur la vie et modifiant les

directives 73/239/CEE et 88/357/CEE » au sujet desquelles la Cour de justice de l'Union européenne a jugé qu'elles n'interdisaient pas toute mesure nationale susceptible d'avoir des répercussions sur les tarifs (CJCE, grande chambre, 7 septembre 2004, C-346/02, *Commission des Communautés européennes c. Grand-Duché de Luxembourg*, points 24-25; CJCE, grande chambre, 7 septembre 2004, C-347/02, *Commission des Communautés européennes c. République française*, points 25-26; CJCE, grande chambre, 28 avril 2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, points 105-106).

B.23.1. Selon la partie requérante, l'article 138^{ter}-1 de la loi du 25 juin 1992 instaure une approbation préalable concernant le calcul des tarifs, les bases techniques appliquées et les formulaires et autres documents dont une compagnie d'assurance entend faire usage, au sens des dispositions précitées de la directive 2002/83/CE, en ce qu'il habilite le Roi à établir un code de bonne conduite et un questionnaire médical standardisé, à imposer l'utilisation de ce questionnaire dans certains cas et à interdire explicitement d'autres méthodes d'appréciation. En outre, cet article limiterait gravement le principe de la liberté tarifaire garanti par la directive 2002/83/CE, premièrement, parce qu'il habilite le Roi à déterminer de quelle manière les assureurs doivent tenir compte du questionnaire médical standardisé dans leurs décisions concernant l'octroi ou non de l'assurance et la détermination de la prime applicable, deuxièmement, parce qu'il habilite le Roi à déterminer les cas dans lesquels il n'est pas possible de demander un examen médical supplémentaire et, troisièmement, parce qu'il ne permet pas aux assureurs de poser des questions qui ne figurent pas dans le questionnaire médical standardisé ou qui sont interdites par le Roi.

B.23.2. Comme il est constaté en B.16.5 à B.16.8, en imposant le code de bonne conduite et le questionnaire médical standardisé, le législateur a voulu garantir le droit au respect de la vie privée des candidats à l'assurance, sans toutefois vouloir porter atteinte à la « nécessité pour l'assureur de [pouvoir] déterminer le risque sanitaire ».

B.23.3. Le code de bonne conduite et le questionnaire médical standardisé visés par la disposition attaquée n'ont pas pour effet d'obliger les assureurs à demander à une autorité publique « l'approbation préalable » des tarifs, des bases techniques appliquées et des

formulaire et autres documents dont ils veulent faire usage dans leurs relations avec les preneurs d'assurance. Ce code de bonne conduite et ce questionnaire concernent une disposition légale interne d'intérêt général, à laquelle les produits d'assurance offerts ne peuvent être contraires, comme le précisent le considérant 46 et l'article 33 de la directive 2002/83/CE.

Les dispositions de la directive 2002/83/CE invoquées par la partie requérante ne sauraient être interprétées en ce sens qu'elles s'opposeraient à une mesure nationale de nature générale, qui, sans introduire un système d'approbation préalable ou de communication systématique de données, vise à garantir le droit au respect de la vie privée des candidats à l'assurance au cours de la phase précontractuelle.

B.23.4. Il ressort de la jurisprudence de la Cour de justice de l'Union européenne, mentionnée en B.22.3, que le principe de la liberté tarifaire, tel qu'il est contenu notamment dans la directive 2002/83/CE, s'oppose à des mesures qui impliquent une fixation directe des tarifs par l'Etat. Le simple fait qu'une mesure puisse avoir des conséquences sur les tarifs ne suffit pas, selon cette jurisprudence, pour conclure à une violation de ce principe.

L'article 138^{ter}-1 de la loi du 25 juin 1992 n'habilite nullement le Roi à fixer directement les tarifs que doivent utiliser les assureurs. Par ailleurs, ainsi qu'il a été constaté en B.16.8, cette disposition ne peut être interprétée en ce sens que le Roi serait habilité à prendre des mesures qui empêcheraient les assureurs d'évaluer le risque de santé du candidat à l'assurance et de fixer le montant de la surprime en fonction de ce risque.

B.23.5. Il appartient, le cas échéant, au juge compétent de vérifier si le Roi a exercé l'habilitation conférée par cette disposition en conformité avec les dispositions de cette loi et de la directive 2002/83/CE.

B.23.6. En tant qu'il est dirigé contre l'article 3 de la loi du 21 janvier 2010, le deuxième moyen n'est pas fondé.

B.24.1. Selon la partie requérante, l'intervention, prescrite par les articles 138*ter*-3, 138*ter*-4 et 138*ter*-6 de la loi du 25 juin 1992, du réassureur et du Bureau du suivi de la tarification a pour effet que l'assureur doit adapter ses tarifs aux décisions prises par ces parties, ce qui reviendrait à une approbation préalable systématique des tarifs, des bases techniques utilisées et des formulaires et autres documents dont l'assureur veut faire usage dans ses rapports avec les preneurs d'assurance.

B.24.2. La loi du 21 janvier 2010 n'oblige pas l'assureur qui propose une assurance du solde restant dû à un candidat preneur d'assurance à demander, préalablement à cette offre, l'approbation d'une instance publique pour ce qui concerne les tarifs, les bases techniques et les formulaires et documents à utiliser. Il est dès lors libre de formuler son offre, dans le cadre tracé par la loi attaquée. Ce n'est que si le candidat preneur d'assurance conteste la surprime proposée par l'assureur que les mécanismes de révision réglés par les articles 138*ter*-3, 138*ter*-4 et 138*ter*-6 de la loi du 25 juin 1992 peuvent s'appliquer. Ces articles n'ont donc pas pour effet que les tarifs, les bases techniques utilisées et les formulaires et autres documents dont un assureur veut faire usage dans ses rapports avec les preneurs d'assurance doivent être « systématiquement » transmis au réassureur et au Bureau du suivi de la tarification.

Par ailleurs, le réassureur et le Bureau du suivi de la tarification ne peuvent conclure à une surprime inférieure que si la surprime initiale, proposée par l'assureur, n'est pas objectivement et raisonnablement justifiée sur le plan médical et au regard de la technique de l'assurance, et l'assureur n'est pas tenu de conclure le contrat d'assurance à la condition de surprime suggérée par le réassureur et le Bureau précités. Les dispositions de la directive 2002/83/CE invoquées dans le moyen ne peuvent être interprétées en ce sens qu'elles interdisent à un Etat membre de l'Union européenne de prendre des mesures qui permettent au candidat preneur d'assurance, après que celui-ci a fait savoir à l'assureur qu'il contestait la surprime proposée, de faire examiner par une instance indépendante si la surprime proposée est objectivement et raisonnablement justifiée et qui n'obligent pas l'assureur à conclure le contrat conformément à la surprime proposée par cette instance.

B.24.3. En tant qu'il est dirigé contre les articles 5, 6 et 8 de la loi du 21 janvier 2010, le deuxième moyen n'est pas fondé.

B.25.1. Enfin, la partie requérante critique l'article 138*ter*-8 de la loi du 25 juin 1992 au motif que cette disposition habilite le Bureau du suivi de la tarification à fixer des conditions générales et particulières de la police pour des assurances du solde restant dû, si bien que les assureurs ne seraient plus en mesure de décider à quelles conditions et moyennant quelles primes ils offrent leurs services.

B.25.2. Selon cette disposition, le Bureau du suivi de la tarification fixe les conditions et les primes auxquelles le candidat preneur d'assurance a accès à une assurance sur la vie ou, le cas échéant, à une assurance contre l'invalidité, qui garantit un crédit hypothécaire, un crédit à la consommation ou un crédit professionnel.

B.25.3. Aux termes de l'article 138*ter*-8, § 2, l'assureur qui refuse le candidat preneur d'assurance ou qui propose une prime ou une franchise qui excède celle applicable en vertu des conditions tarifaires proposées par le Bureau du suivi de la tarification communique d'initiative au candidat preneur d'assurance les conditions d'accès et les tarifs proposés par le Bureau et l'informe qu'il peut éventuellement s'adresser à un autre assureur.

Il ressort de ceci que l'assureur conserve la possibilité de proposer « une prime ou une franchise qui excède celle applicable en vertu des conditions tarifaires proposées par le Bureau du suivi de la tarification ». Etant donné que, dans cette hypothèse, l'assureur doit uniquement informer le candidat preneur d'assurance de ces conditions et l'informer qu'il peut s'adresser à un autre assureur, il n'est en aucun cas lié par les « conditions d'accès » du Bureau du suivi de la tarification.

Ces « conditions d'accès » n'ont donc pas pour effet que l'assureur soit soumis à une approbation préalable ou à une communication systématique obligatoire des tarifs, données ou documents dont il veut faire usage lors de la conclusion d'un contrat d'assurance.

B.25.4. En tant qu'il est dirigé contre l'article 10 attaqué, le deuxième moyen n'est pas fondé.

B.26. Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu d'accéder à la demande de la partie requérante de poser des questions préjudicielles à la Cour de justice de l'Union européenne.

B.27. Le deuxième moyen n'est pas fondé.

Quant au troisième moyen

B.28. Dans le troisième moyen, la partie requérante fait valoir que les articles 138ter-1, 138ter-3, 138ter-4, 138ter-6, 138ter-8, 138ter-9 et 138ter-12 de la loi du 25 juin 1992, insérés par les articles 3, 5, 6, 8, 10, 11 et 14 de la loi du 21 janvier 2010, violent les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les articles 49 et 56 du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (ci-après : TFUE), en ce qu'ils constituent une atteinte illicite à la liberté d'établissement et à la libre prestation des services.

B.29.1. L'article 49 du TFUE dispose :

« Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la liberté d'établissement des ressortissants d'un Etat membre dans le territoire d'un autre Etat membre sont interdites. Cette interdiction s'étend également aux restrictions à la création d'agences, de succursales ou de filiales, par les ressortissants d'un Etat membre établis sur le territoire d'un Etat membre.

La liberté d'établissement comporte l'accès aux activités non salariées et leur exercice, ainsi que la constitution et la gestion d'entreprises, et notamment de sociétés au sens de l'article 54, deuxième alinéa, dans les conditions définies par la législation du pays d'établissement pour ses propres ressortissants, sous réserve des dispositions du chapitre relatif aux capitaux ».

B.29.2. L'article 56 du TFUE dispose :

« Dans le cadre des dispositions ci-après, les restrictions à la libre prestation des services à l'intérieur de l'Union sont interdites à l'égard des ressortissants des Etats membres établis dans un Etat membre autre que celui du destinataire de la prestation.

Le Parlement européen et le Conseil, statuant conformément à la procédure législative ordinaire, peuvent étendre le bénéfice des dispositions du présent chapitre aux prestataires de services ressortissants d'un Etat tiers et établis à l'intérieur de l'Union ».

B.29.3. L'article 54, deuxième alinéa, du TFUE définit les sociétés comme étant « les sociétés de droit civil ou commercial, y compris les sociétés coopératives, et les autres personnes morales relevant du droit public ou privé, à l'exception des sociétés qui ne poursuivent pas de but lucratif ». Il est aussi applicable à la matière régie par l'article 56 de ce Traité (article 62 du TFUE).

B.29.4. Les restrictions visées par les articles 49 et 56 du TFUE sont les mesures adoptées par un Etat membre de l'Union européenne qui interdisent, gênent ou rendent moins attrayant l'exercice de la liberté d'établissement ou de la libre prestation des services (CJCE, grande chambre, 28 avril 2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, point 62; CJUE, grande chambre, 1er juin 2010, C-570/07 et C-571/07, *Blanco Pérez et Chao Gómez*, point 53; CJUE, 7 octobre 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, point 29). Il s'agit, entre autres, de mesures qui, quoique indistinctement applicables aux entreprises de cet Etat et aux entreprises d'autres Etats membres de l'Union européenne, affectent l'accès au marché pour les secondes et entravent ainsi le commerce intracommunautaire (CJCE, grande chambre, 28 avril 2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, point 64).

Une réglementation d'un Etat membre de l'Union européenne ne constitue pas une restriction du seul fait que d'autres Etats membres appliquent des règles moins strictes ou économiquement plus intéressantes aux prestataires de services similaires établis sur leur territoire (CJCE, grande chambre, 28 avril 2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, point 63).

B.29.5. Une restriction à la liberté d'établissement et à la libre prestation des services relevant d'un domaine qui n'a pas fait l'objet d'une harmonisation par l'Union européenne peut être admise si elle répond à des raisons impérieuses d'intérêt général, si elle est propre à garantir la réalisation de l'objectif qu'elle poursuit et si elle ne va pas au-delà de ce qui est nécessaire pour l'atteindre (CJCE, grande chambre, 1er avril 2008, C-212/06, *Gouvernement de la Communauté française et Gouvernement wallon*, point 55; CJCE, 13 décembre 2007, C-250/06, *United Pan-Europe Communications Belgium e.a.*, point 39; CJCE, grande chambre, 28 avril 2009, C-518/06, *Commission des Communautés européennes c. République italienne*, point 72; CJUE, 7 octobre 2010, C-515/08, *dos Santos Palhota e.a.*, point 45).

Parmi ces raisons impérieuses d'intérêt général figure la protection des consommateurs (CJCE, 4 décembre 1986, 205/84, *Commission des Communautés européennes c. République fédérale d'Allemagne*, points 30-33; CJCE, grande chambre, 6 mars 2007, C-338/04, C-359/04 et C-360/04, *Placanica e.a.*, point 46; CJUE, 18 novembre 2010, C-458/08, *Commission européenne c. République portugaise*, point 89).

B.30.1. Ainsi qu'il ressort de l'examen du deuxième moyen, les articles 138ter-1, 138ter-3, 138ter-4, 138ter-6 et 138ter-8 de la loi du 25 juin 1992 ne relèvent pas d'un domaine qui a fait l'objet d'une harmonisation par l'Union européenne. Il en va de même pour les articles 138ter-9 et 138ter-12 de la même loi, qui concernent la Caisse de compensation. En effet, aucune disposition du droit de l'Union européenne ne fait apparaître que le domaine des cotisations de solidarité des entreprises d'assurance serait harmonisé.

B.30.2. Sans qu'il soit nécessaire d'examiner si les dispositions attaquées constituent des restrictions au sens des articles 49 et 56 du TFUE, il suffit de constater qu'elles répondent aux critères mentionnés en B.29.5.

B.30.3. La loi du 21 janvier 2010 a en effet pour objet, d'une part, d'accroître et de rendre plus transparent l'accès aux assurances pour les personnes présentant un risque de santé accru par suite d'une maladie d'une certaine gravité et, d'autre part, de garantir le droit au respect de la vie privée de ces personnes lors de la conclusion d'un contrat d'assurance. La loi attaquée vise donc à protéger le consommateur.

B.30.4. Il ressort de l'examen du premier moyen que les dispositions attaquées sont aptes à garantir la réalisation de ces objectifs et ne vont pas au-delà de ce qui est nécessaire pour les atteindre. En effet, la loi du 21 janvier 2010 ne crée aucun droit à une assurance pour les candidats preneurs d'assurance et n'oblige pas les assureurs à conclure des contrats à des conditions auxquelles ils ne peuvent consentir.

B.30.5. Les dispositions attaquées sont donc compatibles avec les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les articles 49 et 56 du TFUE.

B.31. Eu égard à ce qui précède, il n'y a pas lieu d'accéder à la demande de la partie requérante de poser des questions préjudicielles à la Cour de justice de l'Union européenne.

B.32. Le troisième moyen n'est pas fondé.

Quant au quatrième moyen

B.33. Dans le quatrième moyen, la partie requérante fait valoir que les articles 138ter-3, 138ter-6 et 138ter-12 de la loi du 25 juin 1992, insérés par les articles 5, 8 et 14 de la loi du 21 janvier 2010, violent les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme, avec l'article 17 de la Convention internationale relative aux droits civils et politiques et avec l'article 22 de la Constitution, en ce qu'ils ne prévoient pas que le candidat à l'assurance doive marquer son accord sur la communication de ses données médicales personnelles à des tiers.

B.34. Selon l'article 138ter-3, alinéa 1er, de la loi du 25 juin 1992, lorsque le preneur d'assurance n'est pas d'accord avec la surprime proposée, l'assureur transmet l'ensemble du dossier au réassureur en lui demandant de le réévaluer.

Selon l'article 138^{ter}-6, § 3, de la même loi, le Bureau du suivi de la tarification examine, dans un délai de quinze jours ouvrables à compter de la réception du dossier, si la surprime proposée se justifie objectivement et raisonnablement d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance.

Selon l'article 138^{ter}-12, dernier alinéa, de la même loi, l'assureur délivre, à la demande de la Caisse de compensation, un double du dossier d'assurance et donne, le cas échéant, les explications nécessaires.

B.35.1. L'article 22 de la Constitution dispose :

« Chacun a droit au respect de sa vie privée et familiale, sauf dans les cas et conditions fixés par la loi.

La loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent la protection de ce droit ».

L'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme dispose :

« 1. Toute personne a droit au respect de sa vie privée et familiale, de son domicile et de sa correspondance.

2. Il ne peut y avoir ingérence d'une autorité publique dans l'exercice de ce droit que pour autant que cette ingérence est prévue par la loi et qu'elle constitue une mesure qui, dans une société démocratique, est nécessaire à la sécurité nationale, à la sûreté publique, au bien-être économique du pays, à la défense de l'ordre et à la prévention des infractions pénales, à la protection de la santé ou de la morale, ou à la protection des droits et libertés d'autrui ».

L'article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques dispose :

« 1. Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires ou illégales dans sa vie privée, sa famille, son domicile ou sa correspondance, ni d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation.

2. Toute personne a droit à la protection de la loi contre de telles immixtions ou de telles atteintes ».

B.35.2. Le droit au respect de la vie privée et familiale, tel qu'il est garanti par les dispositions précitées, a pour objet essentiel de protéger les personnes contre les immixtions dans leur vie privée et familiale. La proposition qui a précédé l'adoption de l'article 22 de la Constitution insistait sur « la protection de la personne, la reconnaissance de son identité, l'importance de son épanouissement et celui de sa famille » et soulignait la nécessité de protéger la vie privée et familiale « des risques d'ingérence que peuvent constituer, notamment par le biais de la modernisation constante des techniques de l'information, les mesures d'investigation, d'enquête et de contrôle menées par les pouvoirs publics et organismes privés, dans l'accomplissement de leurs fonctions ou de leurs activités ». (*Doc. parl.*, Sénat, S.E. 1991-1992, n° 100-4/2°, p. 3).

B.35.3. Les droits que garantissent l'article 22 de la Constitution, l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme et l'article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques ne sont pas absolus. Bien que l'article 22 de la Constitution reconnaisse à chacun le droit au respect de sa vie privée et familiale, cette disposition ajoute en effet immédiatement : « sauf dans les cas et conditions fixés par la loi ».

Les dispositions précitées exigent que toute ingérence des autorités dans le droit au respect de la vie privée et familiale soit prévue par une disposition législative suffisamment précise, qu'elle réponde à un besoin social impérieux et qu'elle soit proportionnée au but légitime qui est poursuivi.

B.36.1. En vertu de l'article 138^{ter}-1, § 1er, alinéa 1er, 8°, de la loi du 25 juin 1992, les entreprises d'assurance et les établissements de crédit doivent diffuser largement et de façon compréhensible l'information sur l'existence du mécanisme d'assurance du solde restant dû, prévu par la loi, pour les personnes présentant un risque de santé accru.

Les entreprises d'assurance et les établissements de crédit doivent dès lors informer le candidat preneur d'assurance et le candidat à l'assurance concernant ce mécanisme.

Lorsqu'il autorise un assureur à faire usage de ses données médicales personnelles, le candidat à l'assurance sait que ces données personnelles peuvent, le cas échéant, être transmises au réassureur, au Bureau du suivi de la tarification et à la Caisse de compensation.

L'accord que donne le candidat à l'assurance pour l'utilisation de ses données médicales personnelles peut donc être considéré comme portant non seulement sur l'utilisation de ces données par l'assureur, mais également sur leur utilisation par le réassureur, le Bureau du suivi de la tarification et la Caisse de compensation. Le candidat à l'assurance a par ailleurs intérêt à ce que son dossier soit transmis à ces instances.

B.36.2. Les articles 138^{ter}-3, 138^{ter}-6, et 138^{ter}-12 de la loi du 25 juin 1992 ne limitent donc pas le droit au respect de la vie privée du candidat à l'assurance.

Même si tel était le cas, il conviendrait de constater que ces restrictions sont prévues dans des dispositions législatives suffisamment précises, qu'elles répondent, eu égard aux objectifs poursuivis par la loi attaquée, à un besoin social impérieux et qu'elles sont, compte tenu notamment de ce qu'elles servent l'intérêt des intéressés, proportionnées aux objectifs légitimes poursuivis.

B.37. Le quatrième moyen n'est pas fondé.

Quant au cinquième moyen

B.38. Dans le cinquième moyen, la partie requérante fait valoir que l'article 139, § 1er, 3°, de la loi du 25 juin 1992, modifié par l'article 16 de la loi du 21 janvier 2010, viole les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec les articles 12 et 14 de la Constitution, avec l'article 7.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec l'article 15.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques en ce qu'il sanctionne pénalement le non-respect du code de bonne conduite, sans que les éléments essentiels des comportements punissables soient fixés par la loi.

B.39. Selon l'article 139, § 1er, 3°, de la loi du 25 juin 1992, ceux qui, en qualité d'assureur ou de mandataire d'un assureur, ne respectent pas le code de bonne conduite prévu à l'article 138^{ter}-1 de la même loi ou les dispositions légales qui en tiennent lieu prévues aux

articles 138^{ter}-2 à 138^{ter}-6 de la même loi sont punis « d'un emprisonnement d'un mois à cinq ans et d'une amende de 1 000 à 10 000 euros ou d'une de ces peines seulement ».

B.40.1. L'article 12, alinéa 2, de la Constitution dispose :

« Nul ne peut être poursuivi que dans les cas prévus par la loi, et dans la forme qu'elle prescrit ».

L'article 14 de la Constitution dispose :

« Nulle peine ne peut être établie ni appliquée qu'en vertu de la loi ».

L'article 7.1 de la Convention européenne des droits de l'homme dispose :

« Nul ne peut être condamné pour une action ou une omission qui, au moment où elle a été commise, ne constituait pas une infraction d'après le droit national ou international. De même il n'est infligé aucune peine plus forte que celle qui était applicable au moment où l'infraction a été commise ».

L'article 15.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques dispose :

« Nul ne sera condamné pour des actions ou omissions qui ne constituaient pas un acte délictueux d'après le droit national ou international au moment où elles ont été commises. De même, il ne sera infligé aucune peine plus forte que celle qui était applicable au moment où l'infraction a été commise. Si, postérieurement à cette infraction, la loi prévoit l'application d'une peine plus légère, le délinquant doit en bénéficier ».

B.40.2. En ce qu'ils garantissent le principe de légalité en matière pénale, l'article 7.1 de la Convention européenne des droits de l'homme et l'article 15.1 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques ont une portée analogue à celle des articles 12, alinéa 2, et 14 de la Constitution.

B.41.1. En attribuant au pouvoir législatif la compétence, d'une part, de déterminer dans quels cas et dans quelle forme des poursuites pénales sont possibles, et, d'autre part, d'adopter une loi en vertu de laquelle une peine peut être établie et appliquée, les articles 12, alinéa 2, et

14 de la Constitution garantissent à tout citoyen qu'aucun comportement ne sera punissable et qu'aucune peine ne sera infligée que sur la base de règles adoptées par une assemblée délibérante, démocratiquement élue.

B.41.2. Le principe de légalité en matière pénale ne va pas jusqu'à obliger le législateur à régler lui-même chaque aspect de l'incrimination. Une délégation au Roi n'est pas contraire à ce principe, pour autant que l'habilitation soit définie de manière suffisamment précise et porte sur l'exécution de mesures dont les éléments essentiels sont fixés préalablement par le législateur.

B.42. La partie requérante critique le fait qu'il appartient au Roi de déterminer « dans quels cas » le questionnaire médical standardisé doit être utilisé (article 138*ter*-1, § 1er, alinéa 1er, 1°, de la loi du 25 juin 1992), « la manière dont les assureurs tiennent compte du questionnaire » (article 138*ter*-1, § 1er, alinéa 1er, 3°, de la même loi) et dans quels « cas » les assureurs peuvent demander un examen médical complémentaire (article 138*ter*-1, § 1er, alinéa 1er, 4°, de la même loi). Elle critique également l'obligation de « diffuser largement et de façon compréhensible l'information » (article 138*ter*-1, § 1er, alinéa 1er, 8°, de la même loi).

B.43.1. Le législateur réprime lui-même le non-respect du code de bonne conduite visé à l'article 138*ter*-1 de la loi du 25 juin 1992. Il fixe en outre les sanctions applicables en cas de manquement à ce code.

B.43.2. Ainsi qu'il a été rappelé en B.12.2 à B.12.4, la loi attaquée vise en premier lieu à résoudre les problèmes que rencontrent les personnes qui présentent un risque de santé accru par suite d'une maladie d'un certain degré de gravité et qui souhaitent avoir accès à un contrat d'assurance garantissant le remboursement du capital d'un crédit hypothécaire contracté en vue de la transformation ou de l'acquisition de l'habitation propre et unique du preneur d'assurance. En second lieu, elle prévoit que son champ d'application peut être étendu à d'autres contrats d'assurance garantissant le remboursement du capital d'un crédit, tel le capital d'un crédit professionnel ou d'un crédit à la consommation, raison pour laquelle elle a donné une habilitation au Roi en cette matière.

B.43.3. Il peut être déduit de l'économie générale de la loi attaquée, et plus précisément de l'article 138^{ter}-8, § 1er, alinéa 2, de la loi du 25 juin 1992, que le législateur a considéré que, pour fixer le contenu du questionnaire médical standardisé, les cas dans lesquels la liste doit être appliquée, la manière dont il faut en tenir compte et les cas dans lesquels un examen médical complémentaire peut être demandé, il y avait lieu de prendre en compte les « données scientifiques les plus récentes relatives à l'évolution des risques de décès [...] et à la probabilité d'une dégradation de la santé des personnes présentant un risque accru à la suite de leur état de santé ».

B.43.4. Vu l'évolution constante des connaissances scientifiques dans ce domaine, le fait que les éléments accessoires des comportements punissables en question ne soient pas fixés dans la loi n'est pas dénué de justification raisonnable.

Par ailleurs, les incriminations en question s'adressent à des professionnels qui disposent ou peuvent disposer d'une bonne information quant aux mesures à prendre par le Roi, de sorte qu'il faut raisonnablement considérer qu'ils peuvent déterminer la portée des actes réprimés.

B.43.5. L'obligation imposée aux entreprises d'assurance et aux établissements de crédit de diffuser « largement et de façon compréhensible » l'information sur l'existence du mécanisme d'assurance du solde restant dû, créé par la loi attaquée, pour les personnes présentant un risque de santé accru est dictée par la volonté de procurer au consommateur plus de « transparence et davantage d'informations concernant les primes » (*Ann.*, Chambre, 3 décembre 2009, p. 56). Les termes « largement et de façon compréhensible » doivent être compris dans leur sens usuel et en relation avec l'objectif précité du législateur. Le législateur a donc déterminé de façon suffisamment claire les éléments essentiels du comportement punissable en cause, sur la base desquels le Roi peut préciser les autres modalités spécifiques.

B.43.6. Dès lors que le législateur a précisé l'objectif et les limites dans lesquelles l'habilitation attaquée a été conférée, ainsi que la substance des comportements jugés infractionnels, les composantes essentielles de l'incrimination ont été fixées par la loi et il est

ainsi satisfait au principe de légalité contenu dans les dispositions constitutionnelles et conventionnelles citées dans le moyen.

B.43.7. Pour le surplus, il appartient au Roi de déterminer les éléments accessoires des comportements punissables et au juge compétent de vérifier si le Roi a respecté les limites de l'habilitation qui Lui a été conférée par le législateur.

B.44. Le cinquième moyen n'est pas fondé.

Quant au sixième moyen

B.45. Dans le sixième moyen, la partie requérante fait valoir que les articles 138^{ter}-9 et 138^{ter}-12 de la loi du 25 juin 1992, insérés par les articles 11 et 14 de la loi du 21 janvier 2010, ne sont pas compatibles avec l'article 170, § 1^{er}, et avec les articles 10, 11 et 172, combinés ou non avec l'article 173, de la Constitution, en ce qu'ils établissent un impôt ou une rétribution, sans que les éléments essentiels de ceux-ci aient été fixés par le législateur.

B.46. En vertu de l'article 138^{ter}-9 de la loi du 25 juin 1992, le Roi doit soit agréer, aux conditions qu'Il détermine, soit créer une Caisse de compensation. S'Il agrée la Caisse de compensation, Il approuve ses statuts et règle le contrôle de ses activités.

Les assureurs qui pratiquent l'assurance-vie comme garantie d'un crédit hypothécaire, ainsi que les prêteurs hypothécaires, sont solidairement tenus de faire à la Caisse de compensation les versements nécessaires pour l'accomplissement de sa mission et pour supporter ses frais de fonctionnement (article 138^{ter}-9, § 3, alinéa 1^{er}).

B.47. Il ressort de l'économie générale de l'article 138^{ter}-9 de la loi du 25 juin 1992 que le législateur a en premier lieu voulu donner au secteur des assurances et du crédit hypothécaire la possibilité de créer lui-même une Caisse de compensation qui satisfasse aux conditions prescrites par le législateur et par le Roi. Si les secteurs en question ne créent pas cette Caisse, le Roi crée Lui-même la Caisse de compensation. Dans ce cas, un arrêté royal

fixe annuellement les règles du calcul des versements qui doivent être faits par les assureurs et les prêteurs hypothécaires (article 138^{ter}-9, § 3, alinéa 2).

B.48. Ainsi qu'il a été rappelé en B.18.1, l'assureur qui applique une surprime supérieure à un seuil exprimé en pourcentage de la prime de base est tenu de demander l'intervention de la Caisse de compensation. Cette Caisse doit payer la partie de la surprime qui dépasse le seuil précité, sans que la surprime puisse toutefois dépasser un plafond exprimé en un pourcentage de la prime de base. Le seuil et le plafond doivent être fixés par le Roi de telle manière « qu'ils répondent à une nécessaire solidarité envers les preneurs d'assurance concernés, sans que ce seuil [...] puisse excéder 200 % de la prime de base » (article 138^{ter}-12 de la loi du 25 juin 1992).

Il est ainsi prévu un mécanisme de solidarité partielle pour certaines surprimes. Il ressort des extraits des travaux préparatoires cités en B.18.4 que le législateur a estimé que cette « solidarité doit être raisonnable », parce que « le secteur même financera le dispositif, c'est-à-dire en fin de compte les assurés qui ne sont pas dans une situation de risque aggravé ». Pour cette raison, il a prévu un seuil et un plafond.

B.49. Les « versements » visés à l'article 138^{ter}-9 de la loi du 25 juin 1992 ne sont ni des impôts ni des rétributions. Il s'agit de cotisations de solidarité qui se rapprochent des cotisations de sécurité sociale, puisqu'elles sont exclusivement destinées au financement d'un système d'intervention qui vise à donner aux personnes présentant un risque de santé accru la possibilité d'accéder à une assurance du solde restant dû.

Eu égard à l'objectif poursuivi par le législateur, qui consiste à instaurer une solidarité qui soit « raisonnable », il n'est pas dénué de justification raisonnable que les règles du calcul des versements ne soient pas fixées dans la loi mais soient déterminées annuellement, en fonction des besoins de la Caisse de compensation pour accomplir ses tâches.

B.50. Etant donné que les « versements » visés dans les dispositions attaquées ne sont ni des impôts ni des rétributions, les articles 170, 172 et 173 de la Constitution ne sont pas applicables.

B.51. Le sixième moyen n'est pas fondé.

Quant au septième moyen

B.52. Dans le septième moyen, la partie requérante fait valoir que les articles 138ter-1, 138ter-3, 138ter-4, 138ter-6, 138ter-8, 138ter-9 et 138ter-12 de la loi du 25 juin 1992, insérés par les articles 3, 5, 6, 8, 10, 11 et 14 de la loi du 21 janvier 2010, ne sont pas compatibles avec les articles 10 et 11 de la Constitution, combinés avec le principe de l'unité du pouvoir réglementaire tel qu'il serait contenu dans les articles 33, 37 et 108 de la Constitution, en ce qu'ils octroient un pouvoir de décision réglementaire ou discrétionnaire à des organes ou établissements qui n'ont aucune responsabilité politique à l'égard d'une assemblée démocratiquement élue ni ne se trouvent pas sous la tutelle d'un organe qui porte une telle responsabilité politique et en ce qu'ils établissent dès lors une différence de traitement, sans justification objective et raisonnable, entre, d'une part, les assureurs qui proposent des assurances du solde restant dû, à l'égard desquels il est dérogé au principe de l'unité du pouvoir réglementaire, et d'autre part, les autres assureurs et justiciables, à l'égard desquels il n'est pas dérogé à ce principe.

B.53. La partie requérante estime que les dispositions attaquées octroient un pouvoir de décision réglementaire ou discrétionnaire à la Commission des assurances (article 138ter-1 de la loi du 25 juin 1992), au réassureur (articles 138ter-3 et 138ter-4 de la même loi), au Bureau du suivi de la tarification (articles 138ter-6 et 138ter-8 de la même loi) et, si elle n'est pas créée par le Roi, à la Caisse de compensation (articles 138ter-9 et 138ter-12 de la même loi).

B.54. En tant qu'il est dirigé contre la compétence octroyée à la Commission des assurances par l'article 3 attaqué, le moyen est, ainsi qu'il a été constaté en B.8.6, irrecevable.

B.55. L'article 33 de la Constitution dispose :

« Tous les pouvoirs émanent de la Nation.

Ils sont exercés de la manière établie par la Constitution ».

L'article 37 de la Constitution dispose :

« Au Roi appartient le pouvoir exécutif fédéral, tel qu'il est réglé par la Constitution ».

L'article 108 de la Constitution dispose :

« Le Roi fait les règlements et arrêtés nécessaires pour l'exécution des lois, sans pouvoir jamais ni suspendre les lois elles-mêmes, ni dispenser de leur exécution ».

B.56.1. Les articles 138^{ter}-3, 138^{ter}-4, 138^{ter}-6 de la loi du 25 juin 1992 portent sur la compétence du réassureur et du Bureau du suivi de la tarification pour évaluer la surprime proposée par l'assureur à un candidat preneur d'assurance.

Ainsi qu'il a été rappelé en B.17.4, ces dispositions n'obligent pas l'assureur à contracter. L'assureur conserve dès lors le droit de ne pas conclure le contrat.

B.56.2. Ces dispositions impliquent par contre que, lorsque le candidat preneur d'assurance conteste la surprime qui lui est proposée, l'assureur ne peut contracter qu'aux conditions proposées par le réassureur ou par le Bureau en ce qui concerne la surprime.

Ainsi qu'il a été rappelé en B.17.5, le réassureur et le Bureau ne peuvent conclure à une surprime inférieure que lorsque la surprime proposée initialement par l'assureur ne peut être considérée comme « objectivement et raisonnablement [justifiée] d'un point de vue médical et au regard de la technique de l'assurance ». Ainsi, le législateur a suffisamment délimité la compétence accordée au réassureur et au Bureau du suivi de la tarification. Par ailleurs, le

principe d'égalité et de non-discrimination, qui ne peut pas être considéré uniquement comme un principe de bonne législation et de bonne administration, interdit aux assureurs, lorsqu'ils fixent les primes, de créer, entre les candidats preneurs d'assurance, des différences de traitement qui ne soient pas objectivement et raisonnablement justifiées. Par conséquent, le pouvoir d'appréciation accordé aux réassureurs et au Bureau du suivi ne modifie pas fondamentalement la situation juridique des assureurs.

B.56.3. Il résulte de ce qui précède que le pouvoir d'appréciation conféré au réassureur et au Bureau du suivi de la tarification ne peut être considéré comme un pouvoir réglementaire ni comme un pouvoir de décision discrétionnaire.

B.56.4. En tant qu'il est dirigé contre les articles 5, 6 et 8 de la loi du 21 janvier 2010, le moyen n'est pas fondé.

B.57.1. La critique visant l'article 138^{ter}-8 de la loi du 25 juin 1992 concerne la compétence du Bureau du suivi de la tarification pour fixer à quelles conditions et moyennant quelles primes le candidat preneur d'assurance a accès à une assurance sur la vie, le cas échéant une assurance-invalidité, garantissant un crédit hypothécaire, un crédit à la consommation ou un crédit professionnel.

Ainsi qu'il a déjà été constaté en B.25.3, les assureurs ne sont pas tenus d'appliquer ces « conditions d'accès ». Le Bureau du suivi de la tarification n'exerce donc aucun pouvoir réglementaire lorsqu'il fixe ces conditions et primes.

B.57.2. En tant qu'il est dirigé contre l'article 10 attaqué, le moyen n'est pas fondé.

B.58.1. Les articles 138^{ter}-9 et 138^{ter}-12 de la loi du 25 juin 1992 concernent la Caisse de compensation.

La partie requérante critique le fait que cette Caisse, si elle n'est pas créée par le Roi, peut déterminer le montant des versements visés à l'article 138^{ter}-9.

B.58.2. Selon l'article 138^{ter}-9, § 3, alinéa 1er, de la loi du 25 juin 1992, les assureurs qui pratiquent l'assurance-vie comme garantie d'un crédit, ainsi que les prêteurs hypothécaires, sont solidairement tenus de faire à la Caisse de compensation les versements « nécessaires pour l'accomplissement de sa mission et pour supporter ses frais de fonctionnement ».

Les moyens qui sont nécessaires pour accomplir la mission de la Caisse de compensation dépendent, d'une part, du seuil et du plafond visés à l'article 138^{ter}-12 de la loi du 25 juin 1992, qui, ainsi qu'il a été rappelé en B.18.1, doivent être fixés par le Roi, et, d'autre part, du nombre de demandes d'intervention adressées à la Caisse de compensation, aux conditions fixées par la loi.

En prévoyant que les assureurs et les prêteurs hypothécaires sont solidairement obligés, le législateur a voulu indiquer que les moyens nécessaires pour accomplir la mission de la Caisse de compensation et pour supporter les frais de fonctionnement de cette Caisse peuvent certes être demandés à tout assureur qui pratique l'assurance-vie comme garantie d'un crédit hypothécaire et à tout prêteur hypothécaire, mais que les assureurs et prêteurs hypothécaires individuels sont mutuellement tenus, à parts égales, au paiement du montant requis.

B.58.3. Etant donné que le « seuil » et le « plafond » sont fixés par un arrêté royal et que le législateur a lui-même prévu, d'une part, que le montant des versements dépend des moyens qui sont « nécessaires pour l'accomplissement de [la] mission [de la Caisse de compensation] et pour supporter ses frais de fonctionnement » et, d'autre part, que les assureurs et prêteurs hypothécaires individuels sont mutuellement tenus, à parts égales, au paiement du montant requis, la fixation du montant des versements constitue une modalité d'exécution ayant une portée limitée et technique, n'emportant aucun choix politique.

B.58.4. Par ailleurs, ainsi qu'il a été rappelé en B.46, le Roi doit agréer la Caisse de compensation, aux conditions qu'Il détermine, en approuver les statuts et régler le contrôle des activités de cette Caisse.

La Caisse de compensation est dès lors contrôlée par un organe qui porte une responsabilité politique à l'égard d'une assemblée démocratiquement élue.

B.58.5. En tant qu'il est dirigé contre les articles 11 et 14 attaqués, le moyen n'est pas fondé.

B.59. Le septième moyen n'est pas fondé.

Par ces motifs,

la Cour

rejette le recours.

Ainsi prononcé 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, à l'audience publique du 10 novembre 2011.

Le greffier,

Le président,

P.-Y. Dutilleux

M. Bossuyt