

Numéro du rôle : 7464
Arrêt n° 189/2021 du 23 décembre 2021

## ARRÊT

---

En cause : la question préjudicielle concernant l'article 46 de la loi du 17 juillet 1963  
« relative à la sécurité sociale d'outre-mer », posée par la Cour du travail de Bruxelles.

La Cour constitutionnelle,

composée des présidents P. Nihoul et L. Lavrysen, et des juges J.-P. Moerman, T. Giet,  
R. Leysen, J. Moerman, M. Pâques, Y. Kherbache, T. Detienne, D. Pieters, S. de Bethune et  
E. Bribosia, assistée du greffier F. Meersschaut, présidée par le président P. Nihoul,

après en avoir délibéré, rend l'arrêt suivant :

\*

\* \*

## I. Objet de la question préjudicielle et procédure

Par arrêt du 5 novembre 2020, dont l'expédition est parvenue au greffe de la Cour le 18 novembre 2020, la Cour du travail de Bruxelles a posé la question préjudicielle suivante :

« L'article 46 de la loi du 17 juillet 1963 relative à la sécurité sociale d'outre-mer, viole-t-il les articles 10 et 11 de la Constitution, lus isolément ou en combinaison avec les articles 14 de la Convention européenne des droits de l'homme et 1er du protocole n° 1 à cette Convention, en ce que cet article 46, dans sa rédaction applicable au litige, conduit à traiter différemment deux catégories de personnes, s'agissant de l'assurance soins de santé différée, alors qu'elles ont contribué de la même manière au financement du régime de sécurité sociale d'outre-mer, à savoir :

- les Belges (et certains étrangers ' privilégiés ' visés à son paragraphe 2) qui ne sont pas soumis à l'obligation de résidence habituelle et effective en Belgique pour bénéficier de l'assurance soins de santé différée s'ils en remplissent les autres conditions,

- les (autres) étrangers qui - comme Monsieur A.M. - doivent avoir leur résidence habituelle et effective en Belgique pour bénéficier de l'assurance soins de santé différée s'ils en remplissent les autres conditions, sauf dérogation accordée à titre individuel,

cette différence de traitement paraissant en outre reposer exclusivement sur la nationalité ? ».

Des mémoires et mémoires en réponse ont été introduits par :

- A.M., assisté et représenté par Me S. Sarolea, avocat au barreau du Brabant wallon;
- le Conseil des ministres, assisté et représenté par Me V. Pertry, avocat au barreau de Bruxelles.

Par ordonnance du 20 octobre 2021, la Cour, après avoir entendu les juges-rapporteurs T. Giet et S. de Bethune, a décidé que l'affaire était en état, qu'aucune audience ne serait tenue, à moins qu'une partie n'ait demandé, dans le délai de sept jours suivant la réception de la notification de cette ordonnance, à être entendue, et qu'en l'absence d'une telle demande, les débats seraient clos le 10 novembre 2021 et l'affaire mise en délibéré.

Aucune demande d'audience n'ayant été introduite, l'affaire a été mise en délibéré le 10 novembre 2021.

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

## II. *Les faits et la procédure antérieure*

A.M. est né le 5 avril 1952. Il est de nationalité rwandaise et réside au Rwanda de manière habituelle et effective depuis 1994.

Le 16 novembre 1999, A.M. s'affilie au régime général prévu à l'article 12 de la loi du 17 juillet 1963 « relative à la sécurité sociale d'outre-mer » (ci-après : la loi du 17 juillet 1963), qui couvre le régime de l'assurance vieillesse, celui de l'assurance indemnité pour maladie et de l'assurance invalidité, et celui de l'assurance soins de santé.

Pour bénéficier du remboursement des frais de soins de santé, les affiliés doivent démontrer qu'ils ont leur résidence habituelle et effective en Belgique, sauf s'ils sont Belges ou s'ils appartiennent à l'une des catégories d'étrangers visées à l'article 46, § 2, de la loi du 17 juillet 1963 (dénommés ci-après : les étrangers privilégiés), à savoir les ressortissants d'un État membre de l'Espace économique européen, de la Confédération suisse ou d'un État non membre de l'Espace économique européen si, en application du règlement (CE) n° 859/2003 du Conseil du 14 mai 2003 « visant à étendre les dispositions du règlement (CEE) n° 1408/71 et du règlement (CEE) n° 574/72 aux ressortissants de pays tiers qui ne sont pas déjà couverts par ces dispositions uniquement en raison de leur nationalité », ils peuvent prétendre aux dispositions des règlements (CEE) n°s 1408/71 et 574/72 en matière de sécurité sociale, les réfugiés, les apatrides et les ressortissants d'un pays avec lequel la Belgique a conclu un accord de réciprocité qui les dispense de la condition de résidence.

A.M. conclut, en outre, un contrat d'assurance complémentaire « soins de santé », comme le permet l'article 57 de la loi du 17 juillet 1963. Ce contrat stipule que l'intervention de l'Office de sécurité sociale d'outre-mer (ci-après : l'OSSOM) s'étend aux soins donnés à l'affilié et aux membres de sa famille durant les périodes d'activité et qu'elle n'est soumise à aucune condition de résidence.

Le remboursement des frais de soins de santé d'A.M. est pris en charge par l'assurance complémentaire tant qu'il cotise à cette assurance. A.M. souhaite toutefois bénéficier de l'assurance soins de santé différée.

Le 3 août 2016, A.M. envoie une lettre à l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale (ci-après : l'ORPSS), qui avait repris les obligations de l'OSSOM, lesquelles ont ensuite été transférées à l'Office national de la sécurité sociale (ci-après : l'ONSS).

En vertu de l'article 46, § 1er, de la loi du 17 juillet 1963, il sollicite une dérogation à la condition de résidence, pour raisons de santé.

Le 4 octobre 2016, l'ORPSS notifie à A.M. sa décision de ne pas accorder la dérogation sollicitée et, par conséquent, de lui refuser le bénéfice de l'assurance soins de santé.

Le 11 octobre 2016, A.M. introduit devant le Tribunal du travail francophone de Bruxelles un recours dirigé contre la décision de l'ORPSS.

Le 2 mars 2018, le Tribunal du travail rejette le recours. Il juge que la décision de refus de la dérogation sollicitée est justifiée. Il constate également que l'obligation de résider en Belgique « afin de percevoir les prestations de l'assurance soins de santé » est imposée par l'article 46 de la loi du 17 juillet 1963 depuis le départ, de sorte que le fait que le demandeur déclare qu'il n'en avait pas connaissance est sans incidence. Il relève par ailleurs que l'article 18, § 1er, de la même loi permet aux étrangers de ne participer qu'à l'assurance vieillesse et de survie, dès lors qu'ils doivent remplir la condition de résidence pour bénéficier de l'assurance soins de santé. Enfin, il juge que la condition de résidence ne fait pas naître une discrimination indirecte fondée sur la nationalité et que, même à supposer qu'une différence de traitement fondée sur la nationalité existe, celle-ci ne serait pas discriminatoire.

Le 28 mars 2018, A.M. interjette appel de ce jugement devant la Cour du travail de Bruxelles.

La Cour du travail estime que l'article 46 de la loi du 17 juillet 1963 a toujours soumis le remboursement des frais des soins de santé à la condition de résider en Belgique et qu'A.M. semble avoir été informé de cette condition.

Elle estime également que c'est à raison que l'ORPSS n'a pas accepté d'accorder à A.M. la dérogation qu'il sollicitait.

Elle considère cependant que l'article 46 de la loi du 17 juillet 1963, dans sa version applicable au litige, traite différemment, d'une part, les Belges et les étrangers « privilégiés » visés par cette disposition et, d'autre part, les autres étrangers, comme A.M., en ce que seuls les seconds doivent avoir leur résidence habituelle et effective en Belgique pour bénéficier de l'assurance soins de santé, sauf dérogation accordée à titre individuel, alors qu'ils ont contribué de la même manière que les premiers au financement du régime belge de sécurité sociale d'outre-mer.

Elle considère que cette différence de traitement pourrait paraître reposer exclusivement sur la nationalité, étant donné que la *ratio legis* de la condition de résidence, qui était de permettre des contrôles périodiques, semble avoir été complètement abandonnée.

Elle estime également que le contrôle de la proportionnalité de l'article 46 de la loi du 17 juillet 1963 n'est pas comparable à celui que la Cour a effectué par son arrêt n° 82/2016 du 2 juin 2016, pour les motifs suivants : à partir du 1er janvier 2009, les étrangers de la catégorie à laquelle A.M. appartient ne peuvent plus souscrire au régime facultatif prévu par la loi du 17 juillet 1963, ce qui a limité pour l'avenir les effets du dispositif légal sur les finances de l'État belge; si A.M. ne peut bénéficier de l'assurance soins de santé, le faible montant de la rente complémentaire qu'il pourrait percevoir en vertu de l'article 20bis de la loi du 17 juillet 1963 pourrait être sans commune mesure avec le montant éventuellement très important de frais de soins de santé qu'il pourrait devoir exposer jusqu'à son décès; il peut être retenu qu'étant donné son âge, A.M. sera dans l'impossibilité de retrouver un mécanisme assurantiel de même nature, lorsqu'il souhaitera ou devra s'arrêter de travailler.

La Cour du travail décide dès lors de poser la question préjudicielle reproduite plus haut.

### III. *En droit*

- A -

A.1.1. La partie demanderesse devant la juridiction *a quo* allègue que la disposition en cause fait naître une discrimination entre, d'une part, les Belges et les étrangers privilégiés qui sont affiliés à l'assurance soins de santé du régime de sécurité sociale d'outre-mer et, d'autre part, les autres étrangers qui sont affiliés à cette assurance, étant donné que seuls ceux-ci doivent avoir leur résidence habituelle et effective en Belgique afin de bénéficier de l'assurance soins de santé.

A.1.2. La partie demanderesse devant la juridiction *a quo* soutient que les situations des deux catégories de personnes qui font l'objet de la différence de traitement sont comparables, dès lors que ces affiliés ont participé au financement de la sécurité sociale d'outre-mer dans les mêmes conditions et entendent s'assurer contre le risque de maladie, entre autres mais pas exclusivement, dans le cadre de carrières impliquant une mobilité internationale ou une expatriation. Elle se réfère notamment à l'arrêt de la Cour n° 82/2016 du 2 juin 2016, par lequel celle-ci a jugé la situation des bénéficiaires belges d'une rente de retraite perçue dans le cadre de la sécurité sociale d'outre-mer comparable à la situation des bénéficiaires étrangers de cette rente.

A.1.3. La partie demanderesse devant la juridiction *a quo* estime que la différence de traitement en cause est fondée exclusivement sur la nationalité, de sorte que seules des considérations très fortes pourraient la justifier, conformément à la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme et à celle de la Cour constitutionnelle.

A.1.4. La partie demanderesse devant la juridiction *a quo* fait également valoir que la disposition en cause porte une atteinte discriminatoire au droit au respect des biens, qui est protégé par l'article 1er du Premier protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme. Elle induit de la jurisprudence de la Cour

européenne des droits de l'homme (notamment de l'arrêt du 30 septembre 2003, *Koua Poirrez c. France*, § 37) que la prestation sociale en cause constitue un bien au sens de cette disposition conventionnelle, même si le régime de sécurité sociale d'outre-mer n'est pas contributif. Le bénéfice de l'assurance soins de santé tombe donc sous l'empire de l'article 1er du Premier protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, de sorte que l'État belge doit garantir le caractère non discriminatoire de l'octroi des prestations sociales en vertu de ce régime.

A.1.5. La partie demanderesse devant la juridiction *a quo* relève que l'objectif initial de la condition de résidence était de faciliter les contrôles périodiques. Elle estime que cet objectif semble avoir été abandonné en 1976, dès lors que le législateur a supprimé la condition de résidence pour les Belges et, ensuite, pour les étrangers privilégiés. Elle en infère que le motif de cette condition est avant tout financier. En effet, l'exclusion de certains affiliés étrangers est apparue nécessaire pour garantir l'équilibre budgétaire du régime de sécurité sociale d'outre-mer. Selon elle, cet objectif n'est pas une considération très forte permettant de justifier la différence de traitement.

A.1.6. La partie demanderesse devant la juridiction *a quo* estime que la disposition en cause n'est pas appropriée à l'objectif initial de la condition de résidence, étant donné que cette condition est supprimée pour les Belges et pour les étrangers privilégiés. Elle soutient par ailleurs que la circulation d'informations complexes à caractère médical ne présente plus aucune difficulté à l'heure actuelle.

Elle considère également que la mesure n'est pas appropriée à l'objectif financier, étant donné que rien n'indique que l'équilibre financier du régime de sécurité sociale d'outre-mer est davantage menacé par les bénéficiaires étrangers non privilégiés que par les Belges, les réfugiés ou les apatrides et les citoyens de l'Union européenne, de l'Espace économique européen ou de la Suisse qui résident aussi à l'étranger et qui ont cotisé de la même manière.

La partie demanderesse devant la juridiction *a quo* souligne que la solution de l'arrêt de la Cour n° 82/2016 du 2 juin 2016 n'est pas transposable en l'espèce. Cet arrêt portait sur une différence de traitement entre, d'une part, les Belges et les étrangers privilégiés et, d'autre part, les autres étrangers, en ce que seuls ces derniers étaient soumis à une condition de résidence pour bénéficier de l'indexation des rentes de retraite perçues dans le cadre de la sécurité sociale d'outre-mer. La Cour a jugé que la différence de traitement était raisonnablement justifiée. La partie demanderesse fait valoir que, dans ce cas, les étrangers ne résidant pas en Belgique ne sont pas privés de toute revalorisation de leurs cotisations, étant donné qu'un mécanisme compensatoire est prévu à l'article 20bis de la loi du 17 juillet 1963. Selon elle, l'exclusion du bénéfice de l'assurance soins de santé que la catégorie d'étrangers à laquelle elle appartient doit subir n'est, par contre, compensée par aucun mécanisme équivalent, de sorte que l'on ne peut conclure que les effets des dispositions en cause ne sont pas disproportionnés.

Elle fait valoir qu'elle n'exerce plus d'activité professionnelle et qu'elle ne perçoit ni la pension de retraite ni la rente majorée prévue à l'article 20bis de la loi du 17 juillet 1963, dès lors que, si elle acceptait d'en bénéficier, elle devrait renoncer à cotiser. Or, sans cotiser, elle ne peut percevoir le remboursement de ses frais de soins de santé.

Elle estime que le montant de la rente de retraite du régime de sécurité sociale d'outre-mer ne permet pas de compenser les coûts de ses soins de santé et de ceux de son épouse.

A.2.1. Le Conseil des ministres soutient que la question préjudicielle n'est pas correctement formulée, dès lors que la différence de traitement invoquée ne repose pas exclusivement sur la nationalité, mais sur la nationalité et sur la résidence.

A.2.2. Il considère que les catégories comparées ne sont pas comparables au regard de l'objectif poursuivi par le législateur, étant donné que le régime de sécurité sociale d'outre-mer vise avant tout à couvrir les Belges qui se sont expatriés dans des pays d'outre-mer et que l'extension du régime à plusieurs catégories d'étrangers résulte des obligations internationales de la Belgique ou du lien de rattachement de ces étrangers avec la Belgique. Les autres étrangers, qui n'ont pas de lien avec la Belgique, ne sont pas comparables avec les personnes relevant de ces catégories. Il rappelle également que la loi du 17 juillet 1963 opère à plusieurs égards une distinction entre, d'une part, les Belges et les étrangers privilégiés et, d'autre part, les autres étrangers. C'est notamment le cas en

ce qui concerne l'indexation des allocations (article 51), la participation facultative à certaines branches de la sécurité sociale d'outre-mer (article 18) et la majoration de la rente de retraite (article 20bis).

Il fait valoir que, dans son arrêt n° 82/2016 du 2 juin 2016 précité, la Cour ne s'est pas prononcée sur la comparabilité des catégories de personnes concernées et que, contrairement à l'assurance soins de santé, la rente de retraite, qui est en cause dans ledit arrêt, est une prestation octroyée à tous les affiliés, indépendamment de leur nationalité ou de leur lieu de résidence, même si les modalités de calcul de la rente de retraite peuvent varier en fonction de la nationalité.

A.2.3. Le Conseil des ministres estime que les arrêts par lesquels la Cour constitutionnelle exige qu'une différence de traitement soit justifiée par des considérations très fortes concernant des différences de traitement fondées exclusivement sur la nationalité, de sorte qu'ils ne sont pas transposables au cas présentement examiné. Selon lui, dès lors que la différence de traitement est fondée sur la nationalité et sur la résidence, il suffit qu'elle poursuive un but légitime.

Il soutient qu'en tout état de cause, des considérations très fortes justifient la différence de traitement en cause.

Selon lui, contrairement à ce que la partie demanderesse devant la juridiction *a quo* prétend, la volonté de faciliter les contrôles périodiques et celle de maintenir l'équilibre des finances publiques ne sont pas les seuls motifs de la disposition en cause.

Il fait valoir que le législateur n'a jamais eu l'intention d'instaurer un régime universel de sécurité sociale qui serait ouvert à tous, sans distinction de nationalité, étant donné que le régime de sécurité sociale d'outre-mer apporte parfois des avantages plus importants que la sécurité sociale belge, que ce régime est très largement financé par l'État et que les cotisations à payer sont inférieures à celles que proposent les compagnies d'assurances.

Selon lui, le législateur souhaitait que les Belges ne soient pas pénalisés lorsqu'ils effectuent une partie de leur carrière à l'étranger. Le législateur a toutefois également souhaité ne pas pénaliser les étrangers qui étaient soumis au régime belge de sécurité sociale d'outre-mer avant l'indépendance des colonies. Les étrangers visés étaient des étrangers expatriés ayant un lien avec la Belgique. Il avait également le souci de ne pas traiter moins favorablement les étrangers qui travaillaient pour des entreprises occupant des Belges affiliés au régime de sécurité sociale d'outre-mer. Par la suite, la liste des bénéficiaires potentiels du régime, pour être conforme aux obligations internationales de la Belgique, a inclus plusieurs catégories d'étrangers sans imposer une condition de résidence. Enfin, le législateur a également restreint ce champ d'application afin de réduire le risque de dérapage budgétaire et d'éviter que des étrangers n'ayant aucun lien avec la Belgique puissent bénéficier de la sécurité sociale d'outre-mer.

Le Conseil des ministres estime que la Cour constitutionnelle a reconnu la légitimité de ces objectifs par son arrêt n° 82/2016 précité. Il ajoute que ce sont, en outre, des considérations très fortes, qui justifient la différence de traitement en cause.

A.2.4. Le Conseil des ministres considère que le critère de distinction, qui repose à la fois sur la nationalité et sur le lieu de résidence, est pertinent, étant donné qu'en dispensant les Belges et certains étrangers privilégiés de la condition de résidence pour bénéficier de l'assurance soins de santé, le législateur s'assure que ces catégories de personnes puissent bénéficier du régime de sécurité sociale d'outre-mer, conformément à son objectif de ne pas les pénaliser et de se conformer à ses obligations internationales, tandis qu'en imposant cette condition aux étrangers non privilégiés, il s'assure que les coûts de l'assurance soins de santé soient limités, en évitant que toute personne, quel que soit son lien avec la Belgique, puisse bénéficier du remboursement de ses frais de soins de santé à charge du Trésor belge. Il estime également que la différence de traitement est pertinente, eu égard à l'objectif de faciliter les contrôles, dès lors que l'ONSS peut plus difficilement envoyer un médecin au Rwanda pour un simple contrôle.

A.2.5. Concernant la proportionnalité de la mesure, le Conseil des ministres observe que la condition de résidence est présente dans la loi du 17 juillet 1963 depuis l'entrée en vigueur de celle-ci et que le régime de sécurité sociale d'outre-mer est un régime facultatif auquel les affiliés souscrivent sur une base volontaire, de sorte

que c'est en connaissance de cause que les étrangers qui ne sont pas « privilégiés » choisissent de s'affilier. Contrairement aux Belges, les étrangers bénéficient de la faculté de ne s'affilier qu'à l'assurance vieillesse et de survie, laquelle n'est pas soumise à une condition de résidence (article 18, § 1er, de la loi du 17 juillet 1963). Les affiliés peuvent en outre déterminer librement le montant de leurs cotisations.

Le Conseil des ministres souligne également que la sécurité sociale d'outre-mer est complémentaire au régime de sécurité sociale existant dans le pays. Il estime que le régime de sécurité sociale rwandais est reconnu internationalement.

Le Conseil des ministres considère qu'étant donné que l'assurance soins de santé est financée à plus de 90 % par l'État belge, il n'est pas déraisonnable de fixer des conditions assurant un lien minimum entre l'assuré et la Belgique. Il invite la Cour à raisonner par analogie avec son arrêt n° 82/2016, précité, par lequel elle a jugé que l'indexation de la rente de retraite est un avantage qui n'est pas la contrepartie des cotisations versées par ceux qui ont souscrit une assurance vieillesse auprès de l'OSSOM, dès lors qu'elle est fondée sur un régime de solidarité financé pour plus de la moitié par l'État belge. L'arrêt se fonde également sur la circonstance que la rente dans le cadre de l'assurance vieillesse et de survie est majorée de 17 % en cas de non-utilisation de l'assurance soins de santé et du Fonds de solidarité et de péréquation.

Selon le Conseil des ministres, cet argument est également valable en l'espèce. Contrairement à ce que la partie demanderesse devant la juridiction *a quo* affirme, la rente de retraite est directement liée à l'assurance soins de santé. Le Conseil des ministres soutient également que le législateur a pu estimer qu'une extension généralisée de l'assurance soins de santé à l'ensemble des étrangers, indépendamment de l'existence d'un quelconque lien avec la Belgique, provoquerait des abus et entraînerait des coûts déraisonnables.

Le Conseil des ministres relève également que les étrangers peuvent souscrire à l'assurance soins de santé complémentaire, ce que la partie demanderesse devant la juridiction *a quo* a fait. Cette assurance complémentaire n'est soumise à aucune condition de résidence.

Il souligne que les étrangers non privilégiés peuvent obtenir une dérogation à la condition de résidence, pour raisons de santé.

Il fait valoir que, même pour les personnes relevant des catégories qui sont dispensées de l'obligation de résidence en Belgique, aucun remboursement n'est octroyé à celles qui sont en droit de prétendre à des avantages de même nature en application d'autres dispositions contractuelles, légales ou réglementaires, belges ou étrangères, ou d'un accord de réciprocité.

A.3. À titre subsidiaire, le Conseil des ministres demande à la Cour, à supposer que celle-ci constate une violation, de maintenir les effets de la disposition en cause. Il fait valoir que les conditions d'affiliation à la sécurité sociale d'outre-mer ont été rendues plus strictes par la loi du 22 décembre 2008 « portant des dispositions diverses (I) », de sorte que des affiliations massives de personnes qui ne ressortissent pas d'un État membre de l'Espace économique européen ou de la Suisse et n'ont pas de lien avec la Belgique ne sont plus possibles. La partie demanderesse devant le juge *a quo* appartient à la catégorie des personnes qui peuvent rester affiliées par application du régime transitoire prévu à l'article 12, § 2, dernier alinéa, de la loi du 17 juillet 1963. Selon le Conseil des ministres, il s'ensuit que l'avantage qui découlerait d'un constat d'inconstitutionnalité de la disposition en cause serait limité à un nombre restreint de personnes, alors qu'il entraînerait des problèmes administratifs considérables.

En effet, si la disposition en cause était déclarée inconstitutionnelle sans modulation dans le temps, les personnes qui, comme la partie demanderesse devant la juridiction *a quo*, se sont affiliées à l'assurance soins de santé complémentaire auraient droit pour le passé à l'assurance soins de santé, de sorte qu'il faudrait éteindre rétroactivement leur contrat d'assurance, rembourser des primes et leur ouvrir un droit légal. Le remboursement des frais de soins de santé que ces personnes ont obtenu en vertu de l'assurance complémentaire est supérieur au remboursement qu'elles auraient pu obtenir en vertu de l'assurance soins de santé, lequel est effectué au taux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après : l'INAMI), de sorte qu'il faudrait procéder à des décomptes longs et complexes pour récupérer les sommes payées indûment. En outre, certaines dettes seraient prescrites. Il faudrait également tenir compte du fait que les délais de prescription des primes ne sont pas les mêmes

que les délais de prescription des prestations de remboursement des frais de soins de santé. À cela s'ajoute que la récupération de créances à l'étranger et singulièrement hors de l'Espace économique européen est très difficile. Enfin, le caractère résiduaire de l'assurance soins de santé dans le cadre de la sécurité sociale d'outre-mer pourrait poser des problèmes si l'intéressé a souscrit une assurance auprès d'une compagnie privée, dans l'hypothèse où celle-ci est intervenue pour le tout ou avec un taux de remboursement différent du taux de l'INAMI.

A.4.1. La partie demanderesse devant la juridiction *a quo* répond que la différence de traitement en cause est fondée exclusivement sur la nationalité. Elle fait valoir qu'il résulte de la position adoptée par le Conseil des ministres que le critère de nationalité ne pourrait jamais être questionné comme étant potentiellement discriminatoire. Elle soutient que si on considère qu'un national et un étranger ne sont pas comparables, on échappe à la question de savoir si la nationalité est un critère objectif. Elle rappelle que les groupes comparés ne doivent pas être identiques, mais qu'ils doivent se trouver dans des situations similaires.

A.4.2. La partie demanderesse devant la juridiction *a quo* estime que le Conseil des ministres ne démontre pas que ce sont les quelques étrangers qui se trouvent dans la même situation qu'elle qui sont responsables des éventuelles difficultés financières que connaîtrait le régime de sécurité sociale d'outre-mer.

Elle souligne également que le Conseil des ministres fait référence aux objectifs généraux de la loi du 17 juillet 1963, mais qu'il n'identifie pas les objectifs de l'assurance soins de santé. Or, selon elle, il doit être démontré que la différence de traitement en cause, et non la loi du 17 juillet 1963 de façon générale, poursuit un but légitime.

A.4.3. Selon la partie demanderesse devant la juridiction *a quo*, le même raisonnement vaut en ce qui concerne la pertinence de la mesure, qui doit s'évaluer au regard de l'objectif particulier de cette mesure et non au regard de l'objectif général de la loi.

Elle considère qu'il n'est pas démontré qu'exclure le nombre limité des personnes qui se trouvent dans sa situation, parce qu'elles sont étrangères, permettrait de redresser le budget du régime de sécurité sociale d'outre-mer ou de limiter les coûts de ce régime. Elle estime qu'il n'est pas pertinent que ces personnes, en raison de leur nationalité, doivent subir seules l'éventuelle mauvaise gestion budgétaire du régime de sécurité sociale d'outre-mer.

Elle reconnaît que les prestations sociales dont elle pourrait bénéficier ne sont pas la contrepartie des cotisations versées. Elle soutient toutefois qu'il résulte du fait que le montant des cotisations est laissé au libre choix de l'affilié qu'un affilié étranger pourrait avoir cotisé davantage qu'un Belge et exposer des frais de soins de santé bien moins élevés que ce dernier. Dans ce cas, l'étranger ne constitue pas une charge pour le régime de sécurité sociale d'outre-mer, mais il se voit pourtant refuser les prestations sociales exclusivement en raison de sa nationalité.

- B -

### *Quant à la disposition en cause et à son contexte*

B.1. La question préjudicielle porte sur l'article 46 de la loi du 17 juillet 1963 « relative à la sécurité sociale d'outre-mer » (ci-après : la loi du 17 juillet 1963). Cet article dispose :

« § 1er. Le remboursement des frais de soins de santé des bénéficiaires visés à l'article 44 n'est effectué que si le titulaire de l'assurance a sa résidence habituelle et effective en Belgique,



sauf s'il a été autorisé au préalable par l'Office [national de la sécurité sociale], pour des raisons de santé, à résider à l'étranger.

§ 2. Ne sont pas soumis à l'obligation de résidence déterminée au § 1er :

1° les ressortissants des États membres de l'Espace économique européen (et les ressortissants d'un État non membre de l'Espace économique européen qui, en application du règlement européen 859/2003, peuvent prétendre aux dispositions des règlements européens 1408/71 et 574/72 en matière de sécurité sociale);

2° les ressortissants de la Confédération suisse;

3° les réfugiés et les apatrides tels que définis à l'article 51, 4°;

4° les ressortissants d'un pays avec lequel a été conclu un accord de réciprocité qui les en dispense.

§ 3. Pour le remboursement des frais de soins de santé, les ressortissants des États membres de l'Espace économique européen, résidant sur le territoire d'un de ces États autre que la Belgique, optent soit pour l'application stricte des dispositions de l'article 49, soit pour l'application des règlements européens 1408/71 et 574/72 en matière de sécurité sociale.

§ 4. Le remboursement des frais de soins de santé n'est pas accordé aux personnes qui sont en droit de prétendre à des avantages de même nature en application d'autres dispositions contractuelles, légales ou réglementaires, belges ou étrangères, ou d'un accord de réciprocité ».

B.2.1. Le régime instauré par la loi du 17 juillet 1963 est un système facultatif de sécurité sociale, auquel peuvent s'affilier les personnes qui travaillent dans les pays d'outre-mer désignés par le Roi.

Ce régime concerne « aussi bien les agents qui prestent leurs services dans un secteur public que les employés occupés en exécution d'un contrat de louage de services par des entreprises privées ou même des personnes qui exercent une activité professionnelle indépendante » (*Doc. parl.*, Chambre, 1961-1962, n° 431/1, p. 1).

Ce régime a été élaboré pour « répondre aux préoccupations de ceux qui désirent entreprendre ou poursuivre une carrière outre-mer, et souhaitent être couverts dans leur pays d'origine par des dispositions légales prévoyant un régime d'assurances sociales » (*ibid.*).

Les prestations auxquelles les assurés peuvent prétendre en raison des versements portés à leur compte sont conçues comme étant « complémentaires [par rapport] à celles que les intéressés peuvent acquérir dans le pays où s’accomplit leur activité professionnelle » (*ibid.*).

Les travaux préparatoires précisent encore :

« Peuvent participer au régime facultatif d’assurance en vue de la vieillesse et du décès prématuré, d’assurance maladie-invalidité et d’assurance des soins de santé, les personnes de nationalité belge et, sous certaines conditions, les personnes de nationalité étrangère qui exercent une activité professionnelle, dépendante ou non, hors du territoire belge, dans les pays désignés par le Roi (article 12) » (*ibid.*, p. 4).

« L’affiliation au régime de sécurité sociale prévu par la présente loi ne saurait être obligatoire. Elle est facultative, car elle doit respecter la souveraineté des États étrangers, qui pourraient assujettir à leur propre sécurité sociale des Belges qui travaillent sur leur territoire. Elle a un caractère complémentaire, afin de permettre aux intéressés de contracter une assurance sociale supplémentaire dans la métropole, au cas où celle du pays où ils exercent leur activité professionnelle ne leur offrirait pas de garanties suffisantes, ou pour tout autre motif (par exemple, cours du change désavantageux) » (*Doc. parl.*, Sénat, 1962-1963, n° 271, p. 3).

« Par ailleurs, les assurés de nationalité étrangère ont la faculté de participer soit à toutes les assurances prévues par le présent projet, soit uniquement à l’assurance en vue de la vieillesse et du décès prématuré [...] »

Si les rentes sont liquidées quel que soit le lieu de résidence du bénéficiaire, l’octroi des prestations en matière d’assurance maladie invalidité ou d’assurance des soins de santé est par contre subordonné à certaines conditions de résidence, conditions que l’assuré de nationalité étrangère pourrait envisager au moment où il souscrit à l’assurance de ne pas remplir à l’avenir.

Le *littera a)* de l’article 18 du projet de loi permet aux assurés de nationalité étrangère de participer exclusivement à l’assurance en vue de la vieillesse et du décès prématuré. Ils ne sont pas tenus de verser la quote part de 10 % de la cotisation affectée, conformément aux dispositions de l’article 17, à l’assurance des prestations à charge du Fonds des invalidités » (*Doc. parl.*, Chambre, 1961-1962, n° 431/1, pp. 4-5).

B.2.2. L’article 12 de la loi du 17 juillet 1963 dispose :

« § 1er. Peuvent participer au régime facultatif d’assurance vieillesse et survie, d’assurance indemnité pour maladie, d’assurance invalidité et d’assurance soins de santé,

organisé par la présente loi, les personnes qui exercent leur activité professionnelle dans les pays désignés par le Roi et suivant les conditions qu'il arrête.

§ 2. A partir du 1er janvier 2009, la participation aux assurances visées au § 1er est limitée aux ressortissants d'un État membre de l'Espace économique européen et de la Suisse ainsi qu'aux ressortissants d'autres pays employés par l'État belge, les Régions ou les Communautés ou une entreprise dont le siège social est établi en Belgique.

Les ressortissants d'autres pays qui au 31 décembre 2008 participent aux assurances citées et qui ne satisfont pas à la condition prévue au premier alinéa, peuvent poursuivre cette participation jusqu'à ce qu'ils y mettent fin ».

L'article 12, § 2, de la loi du 17 juillet 1963 a été inséré par l'article 227 de la loi du 22 décembre 2008 « portant des dispositions diverses (I) », en vue de limiter les coûts du régime de sécurité sociale d'outre-mer. La partie demanderesse devant la juridiction *a quo* est affiliée à la sécurité sociale d'outre-mer depuis le 16 novembre 1999, de sorte qu'elle bénéficie du régime transitoire prévu à l'article 12, § 2, alinéa 2, de la loi du 17 juillet 1963.

B.3.1. Le régime de la sécurité sociale d'outre-mer permet aux personnes qui travaillent dans certains pays de participer, indépendamment de la sécurité sociale qui leur serait accessible dans ces pays sur la base de l'activité qu'ils y exercent, à un régime couvrant certains risques sous des conditions déterminées.

Le législateur a seulement voulu proposer un régime particulier de sécurité sociale d'outre-mer qui – moyennant le paiement volontaire de cotisations – offre une couverture dans le cadre d'une assurance vieillesse et survie (chapitre III de la loi du 17 juillet 1963 - articles 20 et suivants), d'une assurance indemnité pour maladie et invalidité (chapitre IV - articles 29 et suivants) et d'une assurance soins de santé (chapitre V - articles 42 et suivants).

Jusqu'au 31 décembre 2014, un établissement public doté de la personnalité civile, l'Office de sécurité sociale d'outre-mer (ci-après : l'OSSOM), avait pour mission de réaliser les assurances organisées par la loi du 17 juillet 1963 (article 1er). Le 1er janvier 2015, cet établissement a fusionné avec l'Office national de sécurité sociale des administrations provinciales et locales, formant l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale (ci-après : l'ORPSS). Aux termes de l'article 28 de la loi du 12 mai 2014 « portant création de l'Office des régimes particuliers de sécurité sociale », l'ORPSS était chargé, notamment, de l'exécution

de la loi du 17 juillet 1963. Par la suite, les missions de l'ORPSS ont été transférées à l'Office national de sécurité sociale (ci-après : l'ONSS) par les articles 7, 11, 27 et 28 de la loi du 10 juillet 2016 « portant affectation de nouvelles missions de perception et intégration de certaines missions et d'une partie du personnel de l'office des régimes particuliers de sécurité sociale à l'Office National de Sécurité Sociale et réglant certaines matières relatives à Famifed et au Service Fédéral des Pensions ».

La sécurité sociale d'outre-mer est dotée de trois fonds séparés, faisant l'objet de placements distincts constituant la garantie des assurés pour les prestations qui sont à la charge de ces fonds. Il s'agit du Fonds des pensions, du Fonds des invalidités et du Fonds de solidarité et de péréquation (article 5).

Les assurés ou leurs employeurs peuvent verser à l'ONSS des cotisations destinées à l'assurance vieillesse et survie, l'assurance indemnité de maladie, l'assurance invalidité et l'assurance soins de santé (article 14).

Ces cotisations sont affectées à raison de 70 % au financement des rentes de retraite et de survie qui sont à la charge du Fonds des pensions, de 9,5 % au financement des prestations en matière d'assurance indemnité pour maladie et d'assurance invalidité et en matière d'assurance soins de santé qui sont à la charge du Fonds des invalidités et de 20,5 % au financement des prestations qui sont à charge du Fonds de solidarité et de péréquation (article 17).

Toutefois, le régime de sécurité sociale d'outre-mer est principalement financé par une subvention annuelle de l'État égale à la différence entre le montant total des charges payées par les trois Fonds dont il est doté et le montant de leurs produits (article 154, § 2, de la loi du 22 février 1998 « portant des dispositions sociales »).

Plusieurs rapports de la Cour des comptes ont mis en exergue que le régime de sécurité sociale d'outre-mer est déficitaire (rapport de la Cour des comptes de février 2006, *Viabilité et perspectives du régime de sécurité sociale d'outre-mer*; rapport de la Cour des comptes d'avril 2010, *Viabilité et perspectives du régime de sécurité sociale d'outre-mer : audit de suivi*; rapport de la Cour des comptes d'août 2016, *Cahier 2016 relatif à la sécurité sociale*).

*Gestion globale et institutions publiques de sécurité sociale*, pp. 87-93). En 2014, les prestations sociales versées par le régime de sécurité sociale d'outre-mer étaient couvertes à environ 80 % par l'intervention de l'État (rapport de la Cour des comptes d'août 2016, précité, p. 88).

B.3.2. L'assurance soins de santé permet aux affiliés qui y ont cotisé pendant seize années au moins de bénéficier du remboursement de leurs soins de santé alors même qu'ils ne paient plus nécessairement de cotisations (article 42). Outre les conditions fixées à l'article 46 précité, la perception des remboursements des frais de soins de santé est également soumise à des conditions d'âge fixées à l'article 43 de la loi du 17 juillet 1963.

Les frais relatifs aux prestations de santé sont remboursés par l'ONSS, à la charge du Fonds des invalidités, pour autant que et dans la mesure où leur remboursement est prévu par la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et ses arrêtés d'exécution, et tient compte des conventions, accords, documents en tenant lieu ou des honoraires fixés par le Roi en exécution de l'article 52 de la loi du 14 février 1961 « d'expansion économique, de progrès social et de redressement financier » (article 49).

B.3.3. Les affiliés ont également la possibilité de souscrire des contrats d'assurance complémentaire, notamment, en vue de couvrir le remboursement des frais de soins qui sont jugés indispensables au traitement d'affections dont eux-mêmes ou leur famille seraient atteints, moyennant le versement de cotisations complémentaires (article 57).

La partie demanderesse devant la juridiction *a quo* a souscrit un tel contrat.

B.3.4. Depuis l'entrée en vigueur de la loi du 22 février 1971 « modifiant les lois du 16 juin 1960 et du 17 juillet 1963, relatives à la sécurité sociale d'outre-mer » (ci-après : la loi du 22 février 1971), l'assuré de nationalité étrangère dont toutes les cotisations versées en application de la loi ont reçu l'affectation prévue par l'article 17 obtient une rente

complémentaire représentant 17 % de la rente de retraite pour autant qu'il n'ait pas bénéficié et qu'il renonce à bénéficier des prestations prévues par la loi en faveur des assurés à charge du Fonds de solidarité et de péréquation et du Fonds des invalidités (article 20bis, alinéa 1er). Un pourcentage inférieur (10 ou 7 %) de la rente complémentaire est prévu selon que l'assuré de nationalité étrangère a bénéficié ou ne renonce pas à bénéficier des prestations à charge du Fonds des invalidités ou du Fonds de solidarité et de péréquation (article 20bis, alinéas 2 à 4).

### *Quant au fond*

B.4. La Cour est interrogée sur la compatibilité de l'article 46 de la loi du 17 juillet 1963 avec les articles 10 et 11 de la Constitution, lus isolément ou en combinaison avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec l'article 1er du Premier Protocole additionnel à cette Convention. Dans la question préjudicielle, les affiliés à l'assurance soins de santé du régime de sécurité sociale d'outre-mer de nationalité belge ou de nationalité étrangère pour autant qu'ils appartiennent à l'une des catégories citées au paragraphe 2 de la disposition en cause (ci-après : les « étrangers privilégiés ») sont comparés avec les affiliés de nationalité étrangère qui n'appartiennent pas à l'une des catégories précitées, en ce que ces derniers ne bénéficient du remboursement des frais des soins de santé que pour autant qu'ils résident en Belgique et en ce qu'ils ne peuvent faire valoir des motifs de santé qui requièrent de les dispenser de cette condition de résidence.

B.5.1. Parmi les droits et libertés garantis par les articles 10 et 11 de la Constitution figurent les droits et libertés résultant de dispositions conventionnelles internationales qui lient la Belgique.

L'article 1er du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme dispose :

« Toute personne physique ou morale a droit au respect de ses biens. Nul ne peut être privé de sa propriété que pour cause d'utilité publique et dans les conditions prévues par la loi et les principes généraux du droit international.

Les dispositions précédentes ne portent pas atteinte au droit que possèdent les États de mettre en vigueur les lois qu'ils jugent nécessaires pour réglementer l'usage des biens conformément à l'intérêt général ou pour assurer le paiement des impôts ou d'autres contributions ou des amendes ».

L'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme dispose :

« La jouissance des droits et libertés reconnus dans la présente Convention doit être assurée, sans distinction aucune, fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, la langue, la religion, les opinions politiques ou toutes autres opinions, l'origine nationale ou sociale, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance ou toute autre situation ».

B.5.2. L'article 1er, précité, du Premier Protocole additionnel ne contient certes pas le droit de percevoir des prestations sociales de quelque nature que ce soit, mais lorsqu'un État prévoit une prestation sociale, il doit l'organiser d'une manière qui est compatible avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH, grande chambre, décision, 6 juillet 2005, *Stec e.a. c. Royaume-Uni*, § 55).

La même garantie découle directement des articles 10 et 11 de la Constitution.

B.6. En l'occurrence, la Cour est invitée à comparer deux catégories de personnes qui se sont affiliées et qui ont cotisé à l'assurance soins de santé du régime de sécurité sociale d'outre-mer. Contrairement à ce que le Conseil des ministres allègue, la catégorie de personnes à laquelle la partie demanderesse devant la juridiction *a quo* appartient est comparable aux Belges et aux « étrangers privilégiés ».

Il ne faut pas confondre différence et non-comparabilité. Le constat que l'objectif initial de la loi du 17 juillet 1963 était d'offrir un régime de sécurité sociale aux Belges qui se sont expatriés et qu'aucune obligation internationale n'impose à l'État belge d'octroyer aux personnes qui ne sont pas visées à l'article 46, § 2, 1° à 4°, de la loi du 17 juillet 1963 les mêmes droits qu'aux personnes qui sont visées par cette disposition peut certes constituer un élément dans l'appréciation d'une différence de traitement, mais il ne saurait suffire pour conclure à la

non-comparabilité, sous peine de priver de sa substance le contrôle exercé au regard du principe d'égalité et de non-discrimination.

B.7.1. Une personne qui, comme la partie demanderesse devant la juridiction *a quo*, est de nationalité rwandaise peut donc obtenir le remboursement des frais de soins de santé si elle réside en Belgique, si son pays conclut un accord de réciprocité avec la Belgique ou si elle obtient une dérogation pour raisons de santé.

Les affiliés à l'assurance soins de santé qui sont ressortissants d'un des États visés à l'article 46, § 2, 1°, 3° et 4°, de la loi du 17 juillet 1963 ou qui ont le statut de réfugié ou d'apatride ne sont pas soumis à la condition de résidence prévue au paragraphe 1er de cet article, même s'ils ne peuvent invoquer des raisons de santé qui leur imposeraient de résider en dehors de la Belgique. C'est donc en raison de sa nationalité et de son statut que la partie demanderesse devant la juridiction *a quo* subit un traitement défavorable, de sorte que la nationalité est un critère de distinction déterminant dans la différence de traitement en cause.

B.7.2. Selon la jurisprudence constante de la Cour européenne des droits de l'homme, la différence de traitement fondée exclusivement sur la nationalité doit être justifiée par des considérations très fortes (CEDH, 16 septembre 1996, *Gaygusuz c. Autriche*, § 42; 30 septembre 2003, *Koua Poirrez c. France*, § 46; 18 février 2009, grande chambre, *Andrejeva c. Lettonie*, § 87; 21 juin 2011, *Ponomaryovi c. Bulgarie*, § 52; grande chambre, 24 mai 2016, *Biao c. Danemark*, § 93). La circonstance que le traitement défavorable est aussi basé, entre autres, sur un autre critère ne porte pas atteinte à l'exigence selon laquelle l'aspect de la différence de traitement qui repose sur la nationalité doit être justifié par des considérations très fortes (voy. en ce sens CEDH, 21 juin 2011, *Ponomaryovi c. Bulgarie*, §§ 50 et 52).

La Cour a jugé à plusieurs reprises que seules des considérations très fortes peuvent justifier une différence de traitement fondée sur la nationalité (voy. notamment l'arrêt n° 12/2013 du 21 février 2013, B.11, et l'arrêt n° 133/2018 du 11 octobre 2018, B.5).



B.7.3. Le législateur dispose certes d'un pouvoir d'appréciation étendu pour déterminer sa politique dans les matières socio-économiques (voy. également CEDH, 15 septembre 2016, *British Gurkha Welfare Society e.a. c. Royaume-Uni*, §§ 62 et 81; grande chambre, 18 février 2009, *Andrejeva c. Lettonie*, § 83; grande chambre, 12 avril 2006, *Stec e.a. c. Royaume-Uni*, § 52; grande chambre, 24 mai 2016, *Biao c. Danemark*, § 93). Relève entre autres de ces matières, la politique relative aux prestations sociales financées par des deniers publics. Lorsqu'elle recherche si la différence de traitement est justifiée par des considérations très fortes, la Cour tient compte de cette liberté d'appréciation.

B.8. La différence de traitement en cause résulte des modifications successives des articles 12 et 46 de la loi du 17 juillet 1963. Ces modifications poursuivent des objectifs différents. La Cour examine la pertinence des critères de distinction au regard de chacun de ces objectifs.

B.9.1. Dans sa formulation originale, l'article 12 de la loi du 17 juillet 1963 disposait :

« Peuvent participer au régime facultatif d'assurance vieillesse et survie, d'assurance indemnité pour maladie, d'assurance invalidité et d'assurance soins de santé, organisé par la présente loi :

1° les Belges qui exercent leurs activités professionnelles dans les pays désignés par le Roi;

2° sous réserve de l'article 51, les étrangers qui exercent leur activité professionnelle dans les mêmes pays, à la condition d'être au service d'une entreprise occupant des personnes de nationalité belge qui participent à l'assurance ; cette condition n'est pas requise en ce qui concerne les ressortissants de pays désignés par le Roi ».

L'article 46 de la même loi subordonnait le remboursement des frais de soins de santé à la condition que le bénéficiaire, quelle que fût sa nationalité, eût sa résidence effective et habituelle en Belgique, sauf s'il était autorisé à résider temporairement à l'étranger pour des raisons de santé.

B.9.2. Les articles 12 et 46 de la loi du 17 juillet 1963 ont été modifiés à plusieurs reprises.

L'article 8 de la loi du 22 février 1971 élargit le champ d'application de la sécurité sociale d'outre-mer dès lors qu'il n'exige plus que les étrangers exercent une activité professionnelle au sein d'une entreprise occupant des travailleurs belges. L'objectif du législateur était de permettre aux affiliés de nationalité étrangère de continuer à participer au régime de sécurité sociale d'outre-mer lorsqu'ils passent au service d'un employeur n'occupant pas des travailleurs belges (*Doc. parl.*, Sénat, 1969-1970, n° 342, p. 5).

L'article 46 de la loi du 17 juillet 1963 a ensuite été modifié, dans le but, d'une part, de supprimer la condition de résidence pour les Belges et pour les ressortissants de pays avec lesquels la Belgique a conclu un accord de réciprocité et, d'autre part, de prévoir que les ressortissants d'États membres de la Communauté économique européenne peuvent obtenir le remboursement des frais de soins de santé s'ils résident dans l'un de ces États (article 28 de la loi du 11 février 1976 « modifiant les lois du 16 juin 1960 et du 17 juillet 1963, relatives à la sécurité sociale d'outre-mer »). La disposition en cause a encore fait l'objet de plusieurs modifications afin que soient exemptés de la condition de résidence les ressortissants de pays membres de l'Espace économique européen et de la Suisse, ainsi que les réfugiés et les apatrides.

B.9.3. Il ressort de ce qui précède que, depuis la modification apportée par l'article 28, précité, de la loi du 11 février 1976, l'article 46 de la loi du 17 juillet 1963, nonobstant ses modifications successives, a toujours soumis à des conditions – de nationalité ou de résidence – l'obtention du remboursement des frais de soins de santé. Le bénéficiaire doit donc démontrer un lien de rattachement suffisant avec la Belgique. Le législateur n'a tempéré les conditions de nationalité et de résidence que pour traiter de la même manière les Belges et les étrangers privilégiés, conformément aux obligations de droit international qui lui incombent.

B.10. Le régime de sécurité sociale d'outre-mer présente plusieurs différences majeures avec le régime de sécurité sociale dont bénéficient les personnes qui travaillent en Belgique. Les cotisations que payent les affiliés à la sécurité sociale d'outre-mer ne sont pas des prélèvements obligatoires. En effet, les affiliés souscrivent à ce régime sur une base volontaire.

Ils peuvent à tout moment mettre fin à leur affiliation. Ils disposent, en outre, de la faculté de choisir le montant de leurs cotisations, dans les limites fixées par le Roi (article 15, alinéa 2, ou article 18, § 1er, alinéa 2, de la loi du 17 juillet 1963).

Au vu de ces éléments, le législateur a raisonnablement pu estimer qu'il était nécessaire de réserver les moyens affectés aux prestations sociales de l'assurance soins de santé, qui sont par essence limités, aux personnes qui justifient de l'existence d'un lien suffisant avec la Belgique. Compte tenu du large pouvoir d'appréciation dont le législateur dispose, cet objectif peut être considéré comme étant une considération très forte.

Le législateur a pu rechercher la preuve de ce lien avec la Belgique dans le fait que le bénéficiaire des remboursements des frais de soins de santé réside en Belgique. Mais il a également pu considérer, sans que son appréciation soit manifestement déraisonnable, que la nationalité du bénéficiaire était un indicateur pertinent du lien de celui-ci à la Belgique.

B.11. Par ailleurs, le législateur a raisonnablement pu estimer qu'afin de conformer la loi aux normes de droit international imposant de reconnaître à certaines catégories d'étrangers les mêmes droits qu'aux nationaux, il était nécessaire de dispenser de la condition de résidence les ressortissants des États membres de l'Espace économique européen, de la Confédération suisse ou d'un État non membre de l'Espace économique européen, si, en application du règlement (CE) n° 859/2003, ils peuvent prétendre aux dispositions des règlements (CEE) n<sup>os</sup> 1408/71 et 574/72 en matière de sécurité sociale, ainsi que les réfugiés et les apatrides.

B.12.1. Le législateur a en outre dispensé de la condition de résidence les ressortissants de pays avec lesquels la Belgique a conclu un accord de réciprocité.

B.12.2. Par son arrêt *Carson et autres c. Royaume-Uni*, du 16 mars 2010, la grande chambre de la Cour européenne des droits de l'homme a jugé que l'absence d'un droit à la revalorisation des pensions pour les retraités résidant dans des pays n'ayant pas conclu

d'accords de réciprocité avec le Royaume-Uni ne violait pas l'article 1er du Premier Protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, combiné avec l'article 14 de cette Convention. Il ressort de cet arrêt que les États membres disposent d'un pouvoir d'appréciation étendu en matière de sécurité sociale et que l'intérêt pour les États de conclure des accords de réciprocité en cette matière est reconnu. La décision d'un pays de conclure un tel accord avec un pays ne pouvait avoir pour effet d'obliger le premier à conférer les mêmes avantages de sécurité sociale aux personnes résidant dans d'autres pays (CEDH, grande chambre, 16 mars 2010, *Carson e.a. c. Royaume-Uni*, §§ 88-90).

B.13. Il résulte des développements qui précèdent que la différence de traitement est en rapport avec l'objectif recherché par le législateur, qui est non seulement de garantir le remboursement des frais de soins de santé aux personnes qui démontrent un lien suffisant avec la Belgique et aux étrangers à l'égard desquels elle a des obligations internationales, mais aussi d'inciter les États étrangers à conclure avec elle des accords de réciprocité.

B.14. La Cour doit toutefois examiner si la disposition en cause ne produit pas des effets disproportionnés à l'égard d'une certaine catégorie de personnes. Par conséquent, il ne saurait être question de discrimination que si la différence de traitement qui résulte de l'application des règles de remboursement des frais de soins de santé entraînait une restriction disproportionnée des droits des personnes concernées.

B.15.1. Il convient, en outre, de rappeler que le régime instauré par la loi du 17 juillet 1963 est un régime de sécurité sociale facultatif, auquel les affiliés souscrivent sur une base volontaire.

L'article 18, § 1er, de la loi du 17 juillet 1963 prévoit que les étrangers ont la faculté de ne participer qu'à l'assurance vieillesse et de survie, qui n'est pas subordonnée à une condition de résidence. En revanche, le remboursement des frais de soins de santé est subordonné à une condition de résidence depuis l'entrée en vigueur de la loi du 17 juillet 1963.

Les étrangers soumis en principe à la condition de résidence peuvent toutefois être autorisés à résider en dehors de la Belgique, lorsque leur santé le requiert.

Les affiliés peuvent en outre limiter le montant de leurs cotisations en choisissant de s'acquitter du montant minimum de cotisation fixé par le Roi en application de l'article 15, alinéa 2, ou de l'article 18, § 1er, alinéa 2, de la loi du 17 juillet 1963.

B.15.2. Les étrangers qui, comme la partie demanderesse devant la juridiction *a quo*, ont souscrit une assurance vieillesse et ne résident pas en Belgique ne sont pas privés de toute revalorisation de leurs cotisations. Ils bénéficient d'une rente complémentaire représentant 17 % de la rente de retraite, pour autant qu'ils n'aient pas bénéficié et qu'ils renoncent à bénéficier des prestations prévues par la loi en faveur des assurés à charge du Fonds de solidarité et de péréquation et de l'assurance soins de santé.

B.15.3. Il ressort de ces éléments que la différence de traitement ne produit pas des effets disproportionnés.

B.16. La question préjudicielle appelle une réponse négative.

Par ces motifs,

la Cour

dit pour droit :

L'article 46 de la loi du 17 juillet 1963 « relative à la sécurité sociale d'outre-mer » ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, lus en combinaison ou non avec l'article 14 de la Convention européenne des droits de l'homme et avec l'article 1er du Premier Protocole additionnel à cette Convention.

Ainsi rendu en langue française et en langue néerlandaise, conformément à l'article 65 de la loi spéciale du 6 janvier 1989 sur la Cour constitutionnelle, le 23 décembre 2021.

Le greffier,

Le président,

F. Meersschaut

P. Nihoul