

Conseil d'Etat
Auditorat
 G/A 208.397/VI-19.941



CONSEIL D'ETAT
 02-04-2014
 AUDITORAT

sur un recours en annulation

(Article 12 de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'Etat)

- En cause :**
1. Monsieur Pierre-Yves Loiseau, premier requérant,
 2. La société privée à responsabilité limitée Cabinet dentaire Loiseau, deuxième requérante,
 3. Monsieur Nikolaos Angelokopoulos, troisième requérant,
- ayant pour conseil **Maître Jean Pol Douny**, avocat, dont le cabinet est établi rue Louvrex, 28, à 4000 Liège, où il est fait élection de domicile ;
- Contre :**
- L'Etat belge, représenté par son Ministre des Affaires Sociales,
- partie adverse,
- ayant pour conseils **Maîtres Pierre Slegers et Bruno Fonteyn**, avocats, dont le cabinet est établi chaussée de La Hulpe, 178, à 1170 Bruxelles, où il est fait élection de domicile.

I. OBJET DU RECOURS ET ÉTAT DE LA PROCÉDURE

1. Par requête recommandée à la poste le 29 mars 2013, les requérants sollicitent l'annulation « des articles 1 et 2 de l'Arrêté Royal du 17.01.2013 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'Arrêté Royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnité [...] ».
2. Un mémoire en réponse, ainsi que le dossier administratif, et le mémoire en réplique ont été régulièrement envoyés au Conseil d'Etat.
3. L'avis relatif à l'existence du présent recours a été publié au *Moniteur belge* le 30 avril 2013.
4. Invités à communiquer des pièces supplémentaires à l'auditeur soussigné, les conseils de la parties adverse l'ont fait par des courriers électroniques des 5, 7 et 24 février 2014.¹

¹ Dossier de l'instruction, pièces 1 à 6 et 8.

II. EXPOSÉ DE LA RÉGLEMENTATION APPLICABLE

1. L'article 35 des lois sur l'assurance obligatoire soins de santé et indemnité énonçait, avant sa modification par la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), que :

« § 1^{er}. Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 5^o, b), c), d) et e).

Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles. Le cas échéant, des tarifs différents peuvent être appliqués pour une même prestation selon que le dispensateur de soins réponde ou non à des conditions supplémentaires, autres que celles relatives à la qualification, telles que prévues dans la nomenclature. [...]

[alinéas 3 et 4]

Le Roi peut apporter des modifications à ladite nomenclature dans les conditions prévues au § 2. Les tarifs découlant de la nomenclature constituent pour tous les praticiens de l'art de guérir, le maximum des honoraires pouvant être exigés pour les prestations fournies dans le cadre d'un service de garde organisé.

[alinéas 6 à 10]

§ 2. Le Roi peut apporter des modifications à la nomenclature des prestations de santé visée au § 1^{er} :

1^o sur la base de la proposition formulée d'initiative par le conseil technique compétent, soumise à la commission de conventions ou d'accords correspondante qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance et à la Commission de contrôle budgétaire ;

2^o sur la base de la proposition formulée par le conseil technique compétent à la demande du Ministre ou de la commission de conventions ou d'accords correspondante. Ces propositions sont communiquées au Comité de l'assurance et à la Commission de contrôle budgétaire;

3^o sur la base de la proposition élaborée par la commission de conventions ou d'accords compétente ou par le Ministre ou le Comité de l'assurance, maintenue dans son texte original ou amendée après avoir été soumise à l'avis du conseil technique compétent, cet avis est censé être donné s'il n'est pas formulé dans le délai d'un mois à dater de la demande.

La procédure visée au 3^o peut être suivie :

a) lorsque le conseil technique compétent ne donne pas suite à la demande de proposition visée au 2^o, dans le délai d'un mois à dater de la demande;

b) lorsque le conseil technique compétent formule une proposition ne répondant pas aux objectifs contenus dans la demande visée au 2^o, dans ce cas, le rejet de la proposition du conseil technique compétent doit être motivé;

4^o sur la base de la procédure prévue à l'article 51, § 3;

5^o sur la base de la procédure visée à l'article 68, § 1^{er}.

A défaut de conseil technique pour la profession concernée, les compétences prévues ci-dessus sont exercées par la commission de conventions compétente.

6^o en ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, 5^o, [...]

§ 2ter. [...]

§ 3. Le cas échéant, des tarifs différents pour les prestations visées à l'article 34, désignées par le Roi pour autant qu'elles concernent des institutions ou services, peuvent être appliqués selon que les institutions et services visés par cette disposition répondent ou non à des conditions supplémentaires qu'il fixe, lesquelles concernent les conditions de travail de leur personnel et ont une influence sur la qualité et l'accessibilité des soins. »

Son article 73bis prévoit que « Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1^{er} : [...] 2^o de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi [...] ».

L'article 142, § 1^{er}, alinéa 1 et 2, de cette même loi stipule que :

« § 1^{er}. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis : [...] 2° le remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2° [...].

En cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1° et 3°, le remboursement porte sur la valeur totale des prestations portées indûment à charge de l'assurance soins de santé. Dans les cas visés au 2° et 4° de l'article 73bis, le remboursement correspond au dommage financier subi par l'assurance soins de santé, estimé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, à condition qu'il n'ait pas encore été réparé sur la base d'une autre disposition de la présente loi. »

Enfin, son article 164, alinéa 1^{er} et 2, dispose que :

« Sous réserve de l'application de l'article 142, § 1^{er} et 146, celui qui, par suite d'erreur ou de fraude, a reçu indûment des prestations de l'assurance soins de santé, de l'assurance indemnités ou de l'assurance maternité, est tenu d'en rembourser la valeur à l'organisme assureur qui les a octroyées. Toutefois, la valeur des prestations octroyées indûment à un bénéficiaire est remboursée par le dispensateur qui ne possède pas la qualification requise ou qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Si, toutefois, les honoraires relatifs aux prestations octroyées indûment n'ont pas été payés, le dispensateur de soins et le bénéficiaire qui a reçu les soins sont solidairement responsables du remboursement des prestations octroyées indûment. Les prestations mentionnées sur les attestations, les factures ou les supports magnétiques, qui ne sont pas introduites ou corrigées selon les modalités fixées en cette matière par le Roi ou par règlement, sont considérées comme des prestations octroyées indûment et doivent dès lors être remboursées par le dispensateur de soins, le service ou l'établissement concerné.

En régime du tiers payant, les prestations de l'assurance soins de santé payées indûment sont remboursées par le dispensateur de soins qui ne s'est pas conformé aux dispositions légales ou réglementaires. Lorsque les prestations ont été perçues, pour son propre compte, par une personne physique ou morale, celle-ci est solidairement tenue au remboursement avec le dispensateur de soins. Le Roi fixe les règles selon lesquelles les prestations indûment payées, qui ont trait au budget des moyens financiers attribué aux hôpitaux, défini dans l'article 95 de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008, et qui sont comprises dans les montants qui sont payés en douzièmes par les organismes assureurs, sont fixées, portées en compte, récupérées et comptabilisées. »

2. Par son article 21, la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I) a inséré, entre les deuxième et troisième phrases de l'alinéa 2, du paragraphe 1^{er}, de l'article 35 précité, la disposition suivante : *« En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1°, e), le Roi peut déterminer dans la nomenclature les paramètres sur la base desquels il peut limiter à un maximum le nombre des prestations pouvant être attestées au cours d'une période de référence déterminée. »*²

Le passage de l'exposé des motifs relatif à cette disposition énonce ce qui suit :

« L'article 35, § 1^{er}, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 détermine les pouvoirs du Roi en ce qui concerne la nomenclature des prestations de santé.

Dans les organes de concertation de l'art dentaire de l'INAMI, un consensus s'est formé sur le fait que les profils annuels en dépenses INAMI d'un nombre réduit des praticiens de l'art dentaire prend des proportions irréalistes, dans le sens où il paraît impossible de faire un tel nombre de prestations dans un espace de temps déterminé, sans perdre un minimum de qualité et/ou en appliquant les règles de la nomenclature correctement. A partir de ce constat préoccupant, il est proposé d'étendre les compétences du Roi en matière de nomenclature pour les prestations de l'art dentaire dans le sens où il peut déterminer des paramètres pouvant être utilisés pour limiter le nombre de

² Les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1°, e) de la loi sont « les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs y compris les prothèses dentaires ».

*prestations qui peuvent être portées en compte de l'assurance obligatoire soins de santé au cours d'une période de référence déterminée. »*³

Lors des débats en Commission de la Santé Publique, de l'Environnement et du renouveau de la société de la Chambre des représentants, les déclarations suivantes ont été faites :

« Mme Valérie Warzee-Caverenne (MR) indique que le nombre de prestataires en soins dentaires effectuant des prestations dans des proportions irréalistes est faible. Dans le cas où ces proportions sont atteintes, il s'agit bien souvent d'une fraude organisée. »

Ne serait-il pas plus pertinent de sanctionner les prestataires par le biais du contrôle de leur profil par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux? L'intervenante craint au nom de la liberté thérapeutique un précédent inadéquat, qui permettrait à un ministre de contrôler le nombre de prestations pouvant être exercées par un praticien.

Mme Rita De Bont (VB) estime que cette disposition est déconnectée de la réalité. Le membre ne conteste certes pas que des abus existent dans le domaine de l'art dentaire, ni que ces abus doivent être combattus. La manière de les combattre, qui ne se fonde que sur le nombre de prestations posées, n'est cependant pas pertinente. Ainsi, les plombages répétés d'une même dent ne sont pas nécessairement inutiles, parce qu'il se trouve que certains patients nécessitent de telles prestations. La seule alternative est souvent l'extraction qui est radicale, ou la pose d'une couronne, pour laquelle l'INAMI n'intervient pas.

Mme Nathalie Muylla (CD&V) demande plus de précisions sur le champ d'application de la disposition et sur les sanctions liées à la méconnaissance des règles qu'elle porte.

Mme Colette Burgeon (PS) constate que cette disposition vise les prestataires de l'art dentaire qui effectuent un nombre de prestations irréaliste. Pour combattre ces abus, le Roi pourra limiter à un maximum le nombre des prestations pouvant être attestées au cours d'une période de référence déterminée. Pour le membre, il doit être possible d'identifier les prestataires concernés. Une concertation avec les prestataires de l'art dentaire a-t-elle eu lieu?

La ministre rappelle que le budget des soins de santé est considérable. Pour qu'il reste sous contrôle et que de nouveaux investissements y aient lieu, il convient de rester strict sur la manière dont les prestataires travaillent avec les moyens de l'assurance soins de santé.

Un nombre réduit de prestataires de l'art dentaire ont un profil de prestation hors norme, dans des proportions irréalistes. Selon l'ensemble des professionnels, ces prestations sont simplement impossibles à réaliser dans le laps de temps donné. La mesure projetée vise à étendre le pouvoir du Roi en ce sens qu'il pourra définir des paramètres permettant le contrôle au cours d'une période de référence donnée.

Cette mesure a été unanimement soutenue au sein des organes de concertation de l'art dentaire au sein de l'INAMI.

Mme Muriel Gerken (Ecolo-Groen) demande s'il a été ou s'il sera tenu compte, dans l'évaluation du caractère disproportionné ou irréaliste des prestations, du fait que le prestataire en soins dentaires est aidé d'un assistant.

*La ministre répond que les paramètres seront établis sur une base objective, suite à une discussion dans les organes de concertation visant à définir les situations anormales. »*⁴

Cette disposition est entrée en vigueur le 8 avril 2013, dixième jour suivant celui de sa publication au *Moniteur belge*.

³ *Doc. parl.*, Ch. des reprs., s.o. 2012-2013, n° 53-2600/001, pp. 18-19.

⁴ *Doc. Parl.*, Ch. des reprs., s.o. 2012-2013, n° 53-2600/005, pp. 10-12.

3. La section 2 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités concerne les soins dentaires.

Son article 4 prévoit que les consultations et prestations reprises à l'article 5 ne donnent lieu à l'intervention de l'assurance que lorsqu'elles sont effectuées par un praticien de l'art dentaire ayant une qualification particulière.

L'article 5 énonce, pour sa part, les prestations qui font l'objet d'une intervention de l'assurance maladie soins de santé. A chaque prestation est attachée une valeur particulière.

L'article 6, intitulé « Généralités », contient diverses règles d'application de l'article 5 précité.

III. EXPOSÉ DES FAITS

1. L'article 5, alinéa 2, de l'Accord national dento-mutualiste 2011-2012 du 8 décembre 2010 prévoit que *« Dans le cadre de l'audit permanent relatif au secteur de l'art dentaire, sera exécutée une évaluation de l'évolution des dépenses par des « outliers » en regard de l'évolution des dépenses générées par tous les autres praticiens de l'art dentaire pour les prestations de l'article 5 de la nomenclature des prestations de santé. »*

2. Le 15 décembre 2011, la Commission nationale dento-mutualiste marque son accord sur l'institution d'un système permettant de limiter les « outliers ». Ce système consisterait à attribuer aux diverses prestations remboursables une valeur particulière et à déterminer une somme de ces valeurs au-delà de laquelle il convient d'admettre que les prestations attestées ne présentent plus une qualité suffisante pour les patients.⁵

3. A une date indéterminée, un document faisant suite à la réunion du 15 décembre 2011 est établi.⁶

On peut y lire ce qui suit :

« En ce qui concerne le point 2, la CNDM demande l'élaboration d'un système efficace pour limiter les 'outliers' dans lequel les organismes assureurs (AIM) identifient les dispensateurs qui ont généré des revenus de l'INAMI au cours d'une période de référence déterminée, dépassant un plafond proposé par la CNDM. Ce plafond, exprimé le cas échéant en une valeur modulée L⁷, est motivé objectivement par le fait que même dans un cabinet avec une organisation optimale, la dispensation des soins de qualité n'est plus possible au-delà d'un nombre maximum. Les organismes assureurs répètent cet exercice pour chaque période de référence et transmettent les résultats au SECM qui peut instaurer des enquêtes.

A cette fin, un GT est créé qui émettra un avis à la CNDM au plus tard le 29 février 2012 concernant :

- *la fixation d'un plafond*
- *la détermination d'une période de référence*
- *la précision du timing de l'AIM pour la fourniture des données les plus récentes*
- *Le modèle de rapport*

⁵ Dossier de l'instruction, pièce 3.

⁶ Dossier de l'instruction, pièce 4, annexe 1.

⁷ Note de bas de page 1 du document : *« Il faudra également tenir compte des valeurs N, prévues dans la nomenclature dentaire. Pour les radiographies ceci peut être réalisé, par exemple, en convertissant la valeur N en L via le facteur 0,6 comme prévu dans la RI 4 de l'art. 26 NPS »*

Ce GT présentera également une proposition de recommandation à la CNDM en vue de la création d'un 'Ordre de dentistes'. Il sera également examiné de quelle manière une publicité pourra être donnée à cette nouvelle méthode afin d'accroître l'effet dissuasif.

La CNDM charge le CTD d'élaborer au plus tard pour le 30 mars 2012, un projet de modification de la nomenclature qui prévoit que, pendant la période de référence, le plafond exprimé le cas échéant en une valeur modulée L, ne peut pas être dépassée. Ceci, afin que le SECM puisse, après examen du chiffre d'affaire quotidien moyen du praticien de l'art dentaire, de la réalité et la conformité des prestations avec la nomenclature, récupérer la partie qui dépasse le plafond auprès du dispensateur. Pour tenir compte de la diversité en fonction du temps et du matériel des différentes prestations de la nomenclature dentaire et pour tenir compte des différences engendrées par le statut des patients (régime préférentiel/non-préférentiel), il est conseillé de moduler les valeurs L fixées, en fonction de ces paramètres.

Finale,ment, la CNDM suivra de près les avancées de la proposition qui autorisera les stagiaires à attester leurs propres prestations en maintenant des contacts réguliers avec le SPF Santé Publique et en demandant au CTD de préparer les modifications de nomenclature nécessaires. Idéalement, ce système devrait être appliqué à partir du 1^{er} juin 2012. Si cette date n'est pas réalisable, et en attendant, deux cachets doivent être apposés sur les attestations de soins pour toutes les prestations effectuées par le stagiaire : celui du stagiaire et celui du maître de stage. Le numéro INAMI du stagiaire (ou les deux) doi(vent) être encodé(s) par les O.A. »

4. Le 9 février 2012, le Groupe de travail « Outliers » institué au sein de la Commission nationale dento-mutualiste examine différents aspects du système.⁸

Le procès-verbal de cette réunion se présente comme suit :

« Le groupe de travail 'Outliers' de la CNDM a pris connaissance des travaux du Conseil technique dentaire et des groupes de travail nomenclature et orthodontie. Le Conseil technique dentaire a élaboré une proposition dans laquelle à chaque prestation de l'article 5 (hormis les prestations 308335 308346, 308350 308361, 378335 378346 et 378350 378361) est ajoutée une valeur P qui propose un facteur temps et de complexité. Sur la base des honoraires qui sont divisés par un facteur 7, on obtient, après arrondissement, une valeur en points pour chaque prestation. Pour certaines prestations des rubriques soins conservateurs, prothèses, implants et orthodontie, la valeur obtenue est multipliée par un ratio qui veille à ce que la part du coût du matériel pèse moins lourd dans le facteur temps et de complexité P obtenu

Une discussion a ensuite été menée sur les points suivants :

1° opportunité du plafond

La VBT et la CSD font part de leurs doutes. La VBT attire l'attention sur les éventuels effets secondaires du système : on arrêtera si on risque d'atteindre la limite maximum et on trouvera d'autres modes d'attestation créatifs. La CSD estime qu'il importe surtout de lutter contre les outliers mais espère que ce système n'est que temporaire. Si l'on souhaite instaurer un plafond financier, il convient, afin de le fixer correctement, d'analyser toutes les recettes et les dépenses d'un cabinet dentaire. Les compétences du GT ne permettent toutefois pas d'approfondir cette discussion. Les remarques seront transmises à la CNDM.

2° motivation du plafond

Tous les membres de la CNDM étaient d'accord sur le fait que les prestations des outliers n'étaient pas réalisables dans un cabinet dentaire fonctionnant correctement. On estime dès lors qu'il suffit de fixer le plafond dans la nomenclature sans que son instauration soit précisée. Les objectifs de la CNDM peuvent être décrits plus en détail dans un rapport au Roi.

3° conversion du dépassement en une récupération et sanction par le SECM

⁸ Dossier de l'instruction, pièce 4, annexe 5.

Les tâches de l'AIM sont d'abord définies. L'AIM analyse les données anonymisées au niveau du dispensateur. Une liste est établie renfermant les noms des praticiens de l'art dentaire qui ont dépassé le plafond pendant la période de référence. La valeur P obtenue et le dépassement du plafond sont mentionnés à cet effet. L'AIM ne fournit pas de données certifiées, ce qui signifie que le SECM demandera toutes les pièces pertinentes à chaque OA séparément. Toutes les pièces seront ensuite analysées et le dépassement en P devra être estimé en remboursement en euros. Etant donné que la plus-value du système dépend en grande partie de la rapidité et de l'efficacité avec lesquelles les infractions peuvent être traitées, cette procédure est trop lourde pour le SECM qui préfère recevoir un message clair de l'AIM : le dépassement est d'autant et tel montant doit être récupéré. En outre, le SECM ne travaille pas avec les dates auxquelles les prestations ont été réalisées, mais avec les dates auxquelles la prestation a été remboursée. Ce point mérite une attention particulière. En effet, la réussite de l'opération dépend effectivement de la collaboration entre l'AIM et le SECM. Le secrétariat prendra contact avec les deux et il sera convenu de ce qui est réalisable.

Après ces points de discussion généraux, le GT se penche sur les missions qui lui ont été confiées : formuler un avis concernant la période de référence et le niveau du plafond :

1) la période de référence

Pour la fixation de cette période, il faut chercher un système qui permet d'une part aux dentistes de suivre relativement simplement l'évolution de leurs valeurs P et qui offre d'autre part suffisamment de garanties pour également viser les dentistes qui n'ont été actifs que pendant une période éphémère. Le système pourrait être le suivant mais une réflexion approfondie s'impose : ... P par mois civil (ce qui permet aux dentistes de suivre précisément leur évolution en valeurs P). Cela pourrait être ramené ensuite à une période plus brève en fonction du nombre de jours d'activité par rapport au nombre de jours civils de ce mois.

2) le plafond

En annexe III du document figurent les outliers classés sur la base des valeurs P. A quelques exceptions près (ex. l'outlier n° 29 baisse légèrement dans le classement et le n° 140 réalise une remontée spectaculaire), le classement sur la base des valeurs P correspond étroitement à la liste d'outliers initiale (annexe I). Le GT constate que le système avec les valeurs P fonctionne bien et conseille de le conserver. Sur la base de cela, il émet un premier avis sur le plafond 43.500 points sur une base annuelle. Sur un mois, cela correspond à environ 3625 points. Le conseil technique dentaire est invité à réexaminer certaines modulations (par exemple la différence entre les prothèses d'une dent et les prothèses complètes).

Sur la base des données susmentionnées, le Service tentera, en étroite collaboration avec le SECM et l'AIM, d'élaborer dans les plus brefs délais une proposition de texte de nomenclature. »

5. Le 19 mars 2012, le Conseil technique dentaire établit un projet de modification de la nomenclature des prestations de santé répondant aux décisions préalablement prises par la Commission nationale dento-mutualiste.⁹

Ce projet insère le paragraphe 19 suivant dans l'article 6 de la nomenclature des prestations de soins :

« A chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P. L'intervention de l'assurance est soumise à la condition que, pour une période donnée qui ne peut être inférieure à 30 jours comportant au moins ~~xxx~~ prestations portées en compte à l'assurance maladie et invalidité par jour, le total des coefficients P ne dépasse pas ~~yyy~~ P (moyenne journalière calculée sur la période concernée). »

⁹ Dossier de l'instruction, pièce 4, annexe 2.

6. Le 29 mars 2012, les services de l'INAMI établissent une note CNDM 2012/2 ayant pour objet une « Proposition de modification de la nomenclature du Conseil technique dentaire concernant la limitation des 'outliers' ». ¹⁰

Cette note se présente comme suit :

« CONTENU »

a) La mission du Conseil technique dentaire

Lors de la séance du 19 mars, le CTD a élaboré, à la demande du CNDM du 15 décembre 2011, une proposition de modification de la nomenclature qui prévoit que pour une période donnée qui ne peut être inférieure à 30 jours comportant une activité minimal, un nombre total de coefficients P ne peut pas dépasser un nombre maximal encore à définir. Ce nombre maximal est exprimé en une moyenne journalière calculée sur la période concernée. En annexe 1 vous trouverez la description de la mission confiée au CTD. En annexe 2 vous trouverez la description du § 19 qui sera introduite dans l'art. 6 NPS pour y donner exécution.

b) Le coefficient P

Le coefficient P est une pondération de toutes les prestations de l'art. 5 en fonction de temps et complexité. A côté de chaque prestation une valeur P est ajoutée. Le point de départ pour la fixation des valeurs P est le tarif 2010 de chaque prestation, modulé en fonction du quote-part du coût du matériel.

En annexe 3 vous trouverez le résultats de cette exercice. En annexe 4 vous trouverez la liste initiale des outliers et leur classement sur base des valeurs P annuelles (les maîtres de stage n'ont plus été impliqué dans l'exercice). Le classement démontre que le groupe visé au début est atteint, mais dans un ordre légèrement différente)

c) Le fonctionnement de l'AIM

Sur la base des données fournies par les OA (6 livraisons par an), l'AIM suivra les données de facturation des dentistes. Les dentistes qui dépassent le plafond repris dans la nomenclature, seront marqués et des informations seront transmises au SECM. Quatre transmissions de données AMI-SECM seront très probablement prévues par an.

d) Le rôle du SECM

L'introduction de la règle susmentionnée implique que le SECM pourra réclamer, de façon efficiente, des montants importants qui dépassent le plafond. Sans cette règle ceci n'est pas possible parce que la non-conformité doit être démontrée pour chaque prestation individuelle. La mesure a un effet immédiat à cause de sa fonction intimidante d'une part et à cause du caractère exécutive et efficiente de la sanction d'autre part.

Chez les dentistes marqués, le SECM peut procéder à la rédaction un PV de constatation. Dans ce cas, on demandera aux OA de transmettre les données de facturation du praticien. Le dépassement de la moyenne journalière sur une période d'au moins 30 jours comportant une activité minimale est qualifié de non-conforme à la nomenclature. Ensuite l'affaire est porté devant les juridictions administratives.

Finalement, vous trouverez en annexe 5, le rapport du GT 'outliers' du 9 février 2012, dans lequel des préparatifs sont on été pris pour la fixation du plafond.

[...]

MISSION DE LA COMMISSION NATIONALE

¹⁰ Dossier de l'instruction, pièce 4.

La Commission nationale est priée de prendre une décision à propos des modifications de la nomenclature figurant en annexe.

La Commission est également priée de fixer le seuil d'activité minimale pour déterminer la période de référence et de fixer le plafond en nombre de P (moyenne journalière). »

La troisième annexe à ce document est un tableau reprenant, pour la plupart des prestations visées à l'article 5 de la nomenclature des prestations de soins la valeur de points P y attachée. La manière dont la valeur des points attribués à chaque prestation paraît pouvoir être expliquée comme suit :

- à chaque prestation est attribué un pourcentage relatif à l'implication du praticien dans la réalisation de celle-ci, ci-après appelée valeur A
(p. ex. : 100 % si la valeur de l'acte est intégralement constituée par son intervention ; 50 % si la valeur de l'acte est représentée pour moitié par l'intervention du praticien et pour moitié par la valeur du matériel ; 90 % si la valeur de l'acte est représentée pour 90 % par l'intervention du praticien et pour 10 % par la valeur du matériel...) ;
- un dividende de valeur 7 – choisi par l'INAMI ¹¹ – est divisé par la valeur A et donne un quotient, ci-après appelé valeur B (p. ex. : 7/1 pour les prestations dont la valeur A est de 100 % = 7 ; 7/0,5 pour les prestations dont la valeur A est de 50 % = 14 ; 7/0,9 pour les prestations dont la valeur A est de 90 % = 7,7...) ;
- la valeur en euros de chaque prestation pour l'année 2010 est divisée par la valeur B et aboutit à un chiffre, ci-après la valeur C [p. ex. : la consultation chez le dentiste coûte 19,85 € et est affectée d'une valeur A de 1 (soit un acte dont la valeur est intégralement constituée de l'intervention du praticien), de sorte qu'on divise 19,85 par 7 (valeur B de la prestation) pour aboutir à une valeur C de 2,8357..., arrondie à 2,84 ; la confection d'une couronne a une valeur de 109,64 € et est affectée d'une valeur A de 0,75, de sorte qu'on divise 109,64 par 9,33... (valeur B de la prestation) pour aboutir à une valeur C de 11,747... arrondie à 11,75...] ;
- la valeur C ainsi obtenue est arrondie par augmentation ou par soustraction à l'unité la plus proche et permet d'aboutir à la valeur P (p.ex. la consultation se voit attribuer une valeur P de 3 et la confection d'une couronne une valeur P de 12).

La quatrième annexe à ce document contient, d'une part, une première liste anonymisée des 98 outliers et expose le seuil à partir duquel un dispensateur de soins est considéré comme tel, à savoir celui dont le niveau de dépense est égal ou supérieur à celui correspondant au quartile 3 majoré de deux fois la différence entre le niveau de dépenses du quartile 3 et celui du quartile 1, soit, pour l'année 2010, un montant de 287.916,18 €. Il ressort également de ce tableau que la moyenne des montants attestés par les 7892 praticiens pratiquant en Belgique est de 94.113,41 €. ¹²

Cette quatrième annexe contient, d'autre part, une deuxième liste, également anonyme, qui classe 128 praticiens qui ont attestés plus de 30.000 P des prestations. Cette liste reprend semble-t-il, pour ces praticiens, la place qu'ils occupaient dans une liste, vraisemblablement la première liste énoncée ci-dessus. ^{13 14}

¹¹ Voy. en ce sens les déclarations émises lors de la réunion du Groupe de travail « outliers » du 9 février 2012 (dossier de l'instruction, pièce 4, annexe 5).

¹² Cette liste vise tant des dentistes maîtres de stage, et au nom duquel des stagiaires attestent donc des soins, que des dentistes qui ne le sont pas.

¹³ On relèvera, toutefois, qu'alors que la première liste ne contient que 98 praticiens, cette seconde liste fait état de praticiens placés à la 114^{ème}, la 140^{ème} ou la 148^{ème} place. **La partie adverse est invitée à expliquer cette discordance dans le dernier mémoire qu'elle déposerait.**

¹⁴ Cette liste ne vise pas les dentistes qui sont également maîtres de stage.

7. Le 2 avril 2012, la Commission nationale dento-mutualiste se réunit pour examiner la note 2012/2 précitée.¹⁵

Le procès-verbal de cette réunion se lit comme suit :

« M. VAN DE VELDE commente la note 2012-2.

M. HANSON signale à la Commission nationale que la proposition du CTD n'est pas conforme à la demande initiale de la Commission. À cet propos, il renvoie à l'annexe 1 du document, où il est précisé que la proposition du CTD doit tendre à ce que le SECM puisse récupérer la part du praticien de l'art dentaire qui dépasse le plafond, APRÈS avoir effectué un examen du chiffre d'affaires moyen par jour et de la réalité et la conformité des prestations avec la nomenclature. La proposition du CTD n'est pas satisfaisante parce qu'elle entraîne une récupération directe après constatation du dépassement sans qu'il faille examiner par ailleurs si les prestations sont conformes au reste de la nomenclature. En conséquence, il ne peut être d'accord sur la proposition présentée.

M. DE VOS se rallie à la remarque de M. Hanson concernant le libellé de la mission. Il dit éprouver lui aussi un problème avec le plafonnement parce que cela ouvre la porte à d'autres formes de fraude : il craint que les praticiens de l'art dentaire se trouvant juste en dessous du plafond soient poussés à attester davantage de façon à mieux approcher ce plafond, sans le dépasser. Il renvoie également aux pratiques réunissant plusieurs dentistes se partageant le même fauteuil. Si l'un d'entre eux atteint sa limite, un autre reprendra simplement la pratique. Par ailleurs, il s'interroge sur la mise à exécution. L'AIM donnera un signe aux dentistes, mais sur la base de données non certifiées. Pareille méthode lui semble incorrecte et entraîner beaucoup de retards qui nuiront à l'efficacité du système. Enfin, il ne peut pas être d'accord sur la fixation d'un plafond parce qu'on ne peut pas contourner le travail des dentistes.

M. HUBERT exprime également son inquiétude quant à la fixation d'un plafond. Il estime que la proposition actuelle doit être limitée dans le temps parce que pareille mesure radicale doit être accompagnée d'un audit de tous les coûts d'une pratique dentaire. En effet, tôt ou tard, le plafond ne suffira plus à compenser ces coûts. L'audit devrait également tenir compte de toutes les exigences onéreuses qu'impose notre société, entre autres en termes d'hygiène. Bien d'autres choses que le seul travail intellectuel ou manuel fourni devront intervenir dans la fixation du plafond.

M. DEVRIESE comprend en partie seulement les réserves de ses collègues. L'annexe 4 montre que le dentiste lambda se trouve à un niveau de dépenses INAMI de 86 000 EUR. Septante-cinq pour cent des praticiens de l'art dentaire ne dépassent pas les 128 000 EUR. Nonante pour cent des dentistes restent sous les 200 000 EUR. Dans la liste des outliers, certains profils dépassent les limites de 300 000, 400 000... voire 700 000 EUR. Par ailleurs, la Commission de profils, le SECM, les Chambres de première instance et les Chambres d'appel sont confrontés aux problèmes connus qui consistent à contenir cette marche à vide. Il ne comprend pas que de tels profils soient nécessaires pour garder en bonne santé une pratique dentaire et critique la collégialité de ces dentistes. D'après lui, il ne s'agit pas d'une limitation de l'activité du dentiste, puisque les patients continuent d'être remboursés. Par contre, il se trouve que ses revenus restent limités à un maximum. Il est donc essentiel pour lui que la limite soit fixée à un niveau raisonnable : pas trop haut, mais pas trop bas non plus. La publication de cette mesure entraînera un important effet de dissuasion et exercera une influence positive sur le comportement des praticiens de l'art dentaire.

Pourtant, il comprend l'inquiétude. Une des premières questions est : comment le SECM appliquera-t-il cette disposition ? Procèdera-t-il à l'aveuglette ou bien tiendra-t-il compte de l'esprit dans lequel cette disposition a été mise en place ? Un deuxième doute est le fait que le plafond est fixé à partir de la Commission nationale dans un arrêté royal, ce qui permet en théorie à la ministre d'abaisser ce plafond. Pour les dentistes, ce serait une catastrophe. Aussi plaide-t-il en faveur d'un système permettant à la Commission nationale de gérer et de diriger en mains propres le plafond et, au cas par exemple où il est constaté que le but est manqué, de le corriger lui-même. De même, il faut pouvoir accepter la possibilité de revenir sur le système entier si la CNDM constate que le système appliqué s'avère inefficace ou serait entaché d'effets pervers. La marge budgétaire dégagée par la mesure devra être cherchée ailleurs. Lors des négociations en vue du nouvel accord, des conventions pourront être prises à ce sujet.

¹⁵ Dossier de l'instruction, pièce 5.

Mme SCHUHMAN déclare ne pas s'opposer en soi à un plafonnement, mais bien à la manière arbitraire dont le plafond est fixé. Il est demandé de mettre d'urgence cette mesure au point, ce qui accroît le risque d'erreurs d'estimation. De même, elle craint que ce plafond soit abaissé à l'avenir. Aussi est-il indiqué de limiter la durée de la mesure.

M. DE RIDDER, président, s'enquiert du montant de l'économie qui serait réalisée par cette mesure.

M. GUILLAUME répond que cela dépend du niveau auquel le plafond est fixé. Cependant, si tous les outliers de la liste initiale étaient visés, cette économie se monterait à 6,5 millions d'euros.

M. HANSON se demande ce qui se passe si, sur la base de cette règle, il est procédé à la récupération, plus précisément si seul le dentiste particulier est tenu à la respecter ou également l'exploitant.

M. DE RIDDER, président, signale que le SECM est le mieux placé pour répondre à cette question. Il propose que le Service s'informe auprès des intéressés.

M. LAURENT exprime sa déception concernant les réserves du banc des praticiens de l'art dentaire. Il souligne combien il est difficile pour le SECM de contrer les abus des outliers. Partant de la proposition du groupe de travail pour fixer le plafond à 43 500 P, 50 dentistes seraient touchés par cette mesure. Ce nombre relativement faible qui est responsable d'une large part des dépenses INAMI. Dans le système présenté, on récupère une partie du budget auprès de ces personnes et on la répartit entre tous les praticiens de l'art dentaire au moyen d'une augmentation de l'indexation.

M. HUBERT déclare qu'un plafond de 43 500 P pourrait être une limite acceptable, mais à ses yeux, le problème est surtout de déterminer rapidement le moyen d'arriver à ce plafond. La part de l'acte intellectuel dans les remboursements est toujours plus réduite. Il faut prendre en considération non seulement, le chiffre d'affaires mais également les coûts.

M. BRONCKAERS constate que tout le monde est d'accord pour s'attaquer aux outliers. Tout le monde est d'accord aussi que de telles dépenses ne peuvent pas être générées de manière normale. Le système présenté maintenant permet de viser ce groupe. La mesure proposée ne vise pas des pratiques normales. Par conséquent, d'après lui, la redistribution proposée des moyens entraînera de nouveaux investissements dans le secteur, une meilleure accessibilité pour les patients et de meilleures conditions de travail pour les dentistes. De plus, la Commission nationale et le Conseil technique veillent toujours à des honoraires corrects en cas d'introduction de nouvelles mesures. En réponse à la remarque de M. De Vos concernant les données non certifiées, il explique que les données qui sont transmises électroniquement par l'AIM dans les conditions actuelles ne sont pas considérées comme vérité absolue dans une procédure juridique. C'est pour cette raison qu'une seconde phase est intégrée, qui confirme ces mêmes données par l'intermédiaire de chaque mutualité séparée, à la demande du SECM. Pour cette procédure, la loi prévoit un délai maximum de 30 jours pour réagir.

M. DE VOS précise les problèmes de sa délégation : il n'existe aucune garantie que le plafonnement qui est mis en place maintenant ne sera pas utilisé à l'avenir contre les dentistes. En d'autres termes, il n'y a pas de garanties que le plafond ne sera pas abaissé dans le futur. S'il est possible d'instaurer un système dans lequel le plafond reste au même niveau que proposé maintenant, compte tenu de l'indexation et de l'augmentation des coûts de la pratique et s'il prévoit une évaluation régulière des effets de la mesure, la proposition leur serait déjà davantage.

M. BRONCKAERS partage le souci de M. De Vos. Il déclare que les dentistes doivent avoir la possibilité de continuer à bien fonctionner et que le but n'est pas d'abaisser le profil de tous les dentistes et de récupérer de l'argent auprès d'eux. Les valeurs P et le plafond doivent en effet être évalués sur une base relativement régulière, et il faut y réfléchir à chaque nouvelle prestation. Si les honoraires augmentent mais que le travail reste le même, il est inutile de modifier la valeur P puisqu'elle représente uniquement du temps et de la complexité. Donc, l'indexation ne joue pas non plus de rôle.

M. LAURENT se souvient des discussions de l'année passée en rapport avec les besoins, le nombre décroissant de praticiens de l'art dentaire, l'évolution des pratiques requérant une plus grande assistance et cetera. Tout le monde est conscient de ces changements ; dès lors, les valeurs P devront être adaptées au fil du temps en fonction de ceux-ci.

M. HUBERT signale que le problème se pose pour les ratios. Ceux-ci doivent être pesés avec le plus d'exactitude possible sur la base de chiffres concrets et non de manière arbitraire comme cela se fait aujourd'hui. Par ailleurs, il n'existe pas de garanties que le gain qu'apportera la mesure sera utilisé pour la revalorisation des honoraires existants.

M. BRONCKAERS répond qu'il a été tenu compte de la part du coût du matériel dans les prestations. Les praticiens de l'art dentaire ont exprimé cela par un ratio, par exemple 0,8 pour les soins conservateurs. Donc, 20 % des honoraires pour ces prestations représentent le coût du matériel. Il est mis en avant que cette part serait trop faible. Il peut en être tenu compte lors de la fixation du plafond. Ce doit être fait de telle sorte que seuls les grands outliers soient touchés.

M. HANSON rappelle que lorsque le plafond est atteint, une nouvelle phase devrait être entamée dans l'enquête. Ceci ne ressort pas de la proposition du Conseil technique dentaire ; aussi ce texte est-il inacceptable. Par ailleurs, il juge pénible que la CNDM doive prendre des initiatives pour permettre aux services de contrôle de faire leur travail. Le danger d'un seuil de déclenchement consiste selon lui à saper le principe que les personnes qui exercent une profession libérale travaillent autant qu'elles veulent, quand elles veulent, sous réserve de respecter les règles et de fournir un minimum de qualité. D'autres garanties s'imposent donc : le plafond doit évoluer parallèlement aux conditions changeantes et aux futures adaptations de la nomenclature et, donc, pouvoir être adapté au moyen de l'Accord national. Concernant les ratios, il réclame une même flexibilité. En raison de la rapidité de réalisation, il peut être nécessaire d'apporter des rectifications. Une analyse approfondie des revenus et dépenses d'un cabinet dentaire est impossible en raison de l'urgence de contrer les outliers. Toutefois, il ne faut pas commettre l'erreur de penser que par exemple un ratio de 80 % pour une prestation déterminée signifie qu'il y a 20 % de frais.

M. DE RIDDER, président, commente l'esprit de la décision : s'il est constaté que pour un dispensateur de soins, il a été remboursé plus que permis, l'inspecteur a tous les pouvoirs pour mener aussi une enquête sur l'activité complète du praticien de l'art dentaire. De cette manière, le montant récupéré peut concerner davantage que le seul dépassement.

Ensuite, il résume la discussion : d'une part la délégation dentaire est incertaine quant à la pondération correcte des valeurs P par rapport à la pratique. Il en va de même pour la hauteur du plafond. Il est donc nécessaire de pouvoir revoir ces valeurs dans un délai raisonnable. La nomenclature, qui est modifiée par arrêté royal, n'offre pas assez de souplesse pour revoir les valeurs P et le plafond. Par ailleurs, sur le plan de la sécurité juridique, on a besoin aussi de règles empêchant que le plafond descende sous un minimum déterminé. Il faut donc chercher dans la nomenclature certains points de départ offrant plus de souplesse et plus de sécurité juridique. Comme exemple, il cite l'inscription d'une délégation au CNDM au moyen de l'Accord national ou au Comité de l'assurance au moyen du Règlement.

M. BRONCKAERS déclare que l'on doit faire attention en autorisant pareilles délégations. Le caractère contraignant de toute la construction juridique ne peut pas être compromis ainsi. En tout cas, chacun est disposé à analyser et revoir régulièrement les valeurs P et le plafond. Le but n'est certainement pas non plus, vu que la mesure a un effet favorable sur les outliers, d'élargir ce groupe.

M. DE RIDDER, président, précise sa proposition. Les principes sont inscrits dans la nomenclature : les valeurs P et le plafond, mais il est ajouté que ces valeurs sont complétées par la CNDM ou le Comité de l'assurance.

M. BRONCKAERS répète que nous ne pouvons pas nous enliser dans les procédures juridiques. Il demande que cette proposition soit analysée par le service juridique.

M. DE RIDDER, président, est d'accord. Il propose d'inviter le Conseil technique dentaire à réexaminer et à remanier la proposition de nomenclature dans ce sens. Au Conseil technique, il est également demandé de formuler une proposition concernant la hauteur du plafond et la détermination du nombre minimum de prestations afin qu'un jour soit pris en considération pour le calcul de la moyenne journalière. Par ailleurs, la faisabilité juridique de la nouvelle proposition sera examinée par le service juridique.

La Commission nationale dento-mutualiste marque son accord sur la proposition du président concernant la mission confiée au CTD et sur l'examen de celle-ci auprès du service juridique. »

8. A une date inconnue, est établie une note 12-07 à l'attention des membres du Conseil technique dentaire.¹⁶

Afin de tenir compte des remarques relatives à la délégation à la Commission nationale dento-mutualiste et/ou au Comité de l'assurance, à la révision des valeurs P, au plafond, à l'activité minimale et au rôles respectifs de l'AIM et du SECM émises lors de la réunion de la Commission nationale dento-mutualiste du 29 mars 2012, il est proposé de modifier le paragraphe 19, de manière à ce qu'il se présente désormais comme suit :

« A chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P qui est fixé par (le Comité de l'assurance sur proposition de) la CNDM.

L'intervention de l'assurance est soumise à la condition que, pour une période donnée qui ne peut être inférieure à 30 jours comportant au moins ~~xxx~~ prestations portées en compte à l'assurance maladie et invalidité par jour, le total des coefficients P ne dépasse pas une valeur P (moyenne journalière calculée sur la période concernée), fixée par (le Comité de l'assurance sur proposition de) la CNDM. »

9. Le 19 avril 2012, le Conseil technique dentaire examine un projet de modification de la nomenclature des prestations de soins.¹⁷

On peut lire ce qui suit dans le procès-verbal de cette réunion :

« Délégation des valeurs P et fixation d'un plafond

M. VAN DE VELDE commente la décision de la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) d'avril 2012 visant à modifier la proposition de nomenclature formulée précédemment. Il a été demandé que la nomenclature prévoie une délégation permettant à la CNDM (via le Comité de l'assurance ou non) d'apporter des modifications au plafond restant à fixer ainsi qu'aux valeurs P des prestations.

M. VAN DE VELDE dit qu'à ce sujet, un avis juridique a été sollicité, qui précise que pareille délégation va trop loin. L'article 35 de la loi SSI dispose que le Roi est compétent pour mettre au point des règles d'application de la nomenclature. Fixer le plafond dans le règlement du 28 juillet 2003 par exemple ne peut se faire et pourrait se heurter à un avis négatif du Conseil d'Etat, avec toutes les conséquences que cela implique pour la proposition elle-même.

M. DEVRIESE estime nécessaire de bien étayer la proposition de nomenclature et juge pour cette raison inopportun de procéder encore au moyen d'une délégation dans le projet de nomenclature. Il a deux autres questions :
- Procèdera-t-on sur la base de la date de prestation ou bien de la date de facturation ?
- Le SECM contrôlera-t-il les maîtres de stage tant que la facturation ne distingue pas clairement ce que le stagiaire atteste ?

M. MOUSSET signale qu'il importe pour le SECM que les prestations aient été attestées mais que les dates de prestations soient utilisées au bout du compte. En ce qui concerne la seconde question, il souligne que le SECM commence toujours par une enquête et tient compte à ce moment-là de tous les aspects qui importent dans le dossier. Si l'attestation du stagiaire n'a pas encore été séparée de l'attestation du maître de stage, il en sera certainement tenu compte.

Après discussion, le Conseil décide de ne pas prévoir de délégation dans la proposition de nomenclature, mais bien de proposer à la CNDM d'inscrire dans le prochain Accord national une évaluation du plafond, ainsi que de prévoir un mécanisme où toute modification (indésirable) d'un plafond entraînerait la rupture de l'Accord national en vigueur.

¹⁶ Dossier de l'instruction, pièce 6.

¹⁷ D.A., pièce 1.

Texte de la nomenclature – article 6, § 19

M. VANMEENEN, secrétaire, demande si tout le monde peut se retrouver dans la disposition de nomenclature présentée et il commente le mécanisme que la sous-tend.

§19. A toute prestation de l'article 5, il est attribué un coefficient de pondération P. L'intervention de l'assurance est soumise à la condition que pendant une période donnée qui ne peut être inférieure à 30 jours, qui comprend au moins xxxx prestations portées en compte à l'assurance maladie par jour, le total des coefficients P ne peut dépasser yy P (moyenne journalière calculée pendant la période en question).

M. LYSSENS constate que le texte est resté inchangé et demande ce qui a pu se passer précisément.

M. HANSON pense qu'il y a beaucoup de changements. Une concertation a été menée et l'on trouve maintenant aussi des commentaires sur l'esprit de la mesure, qui donnent des informations très intéressantes. Il souligne qu'il faut agir par rapport aux outliers. Ne prendre aucune mesure, c'est accepter l'existence des outliers sans plus jamais les attaquer.

M. WILLEMS formule deux remarques au sujet de la proposition de nomenclature :

-D'abord, il estime préférable d'exprimer aussi l'activité minimale par une valeur P et non par un nombre de prestations.

- Ensuite, il constate un problème dans la phrase... le total des coefficients P ne peut dépasser yy P (moyenne journalière calculée pendant la période en question). En effet, opposer un total à une moyenne journalière (l'yy P) implique toujours un dépassement. Il juge préférable de reformuler ce texte.

Après discussion, et puisque le SECM devra appliquer concrètement cette disposition, il est proposé de ne pas changer pour le moment le texte actuel, mais de permettre au SECM de réagir encore, en application de l'avis susceptible d'être formulé sur une proposition de nomenclature. Le Conseil approuve la proposition de nomenclature.

Le plafond et l'activité minimale à l'article 6, § 19

M. SEIJNHAËVE, président, demande aux membres de fixer les chiffres suivants lors de la détermination du plafond :

- 1) Total annuel en 'P' ;
- 2) Nombre de jours de travail (pour définir un jour de travail une activité minimale doit être fixée par jour)
- 3) Moyenne journalière en 'P'.

M. HANSON pense que le régime tel qu'il a été élaboré maintenant n'a pas encore été suffisamment testé et qu'il vaut mieux partir d'un plafond élevé afin d'éviter que des praticiens qui travaillent de bonne foi soient visés par la mesure. Pour cette raison, il propose de commencer par une limite élevée et d'intégrer une phase de révision éventuelle. Il propose 45 000 P. En fonction de 300 jours de travail environ, il pense que qu'une moyenne journalière de 150 P est acceptable.

M. DEVRIESE propose de ne pas monter trop haut, parce qu'abaisser ce plafond a posteriori ne sera pas si évident. Il propose une base annuelle de 43 500 P, mais postule que le nombre de jour de travail sera un peu inférieur. Il se rallie à une moyenne journalière de 150 P.

Les organismes assureurs se rallient eux aussi à la moyenne journalière de 150 P.

Les représentants de la VBT proposent une moyenne journalière de 180 P.

M. SEIJNHAËVE, président, clôt la discussion et propose de transmettre les différents chiffres à la CNDM, qui devra trancher en fin de compte. Concernant le total annuel en P, les chiffres retenus sont 43 500 et 45 000. Concernant la moyenne journalière, la fourchette va de 150 à 180 P. Concernant l'activité minimale, qui s'exprime en nombre de prestations par jour, il y a un consensus sur 6 prestations.

Les valeurs P des prestations de l'art dentaire

M. SEINHAEVE, président, demande aux membres de passer une dernière fois en revue les valeurs P des diverses prestations. Il signale également que la valeur P de la prestation 308534-308545 est fixée actuellement à 144 P. Vu les moyennes journalières qui sont considérées actuellement, il juge préférable d'adapter cette valeur. Par ailleurs, il propose également d'attribuer les valeurs P au supplément d'honoraires pour les jours de pont.

M. SEINHAEVE, président, propose les valeurs suivantes :

Code	Omschrijving	P
308534-308545	Piliers et ancrage 77	77
389572-389583	Supplément d'honoraires jour de pont	12
389594-389605	Bijkomend honorarium brugdag	9
389616-389620	Bijkomend honorarium brugdag	6
389631-389642	Bijkomend honorarium brugdag	3
389653-389664	Bijkomend honorarium brugdag	2
3x1136-3x1140	Supplément d'honoraires jour de pont consultation	1

Le Conseil attribue les valeurs P à ces prestations.

La liste avec les prestations article 5 et leurs valeurs P, se trouve en annexe. [...]»¹⁸

10. Le 23 avril 2012, les services de l'INAMI établissent une note financière NCTZ/CNDM 2012-7 ayant pour notamment pour objet les objectifs 2012 pour les outliers.

A cette note est joint un premier tableau duquel il ressort notamment que sont considérés comme outliers les dentistes ayant un niveau de dépenses (attestées) supérieur ou égal au montant du troisième quartile majoré du double de la différence entre le troisième et le premier quartiles, c'est-à-dire, pour l'année 2010, les praticiens dont les soins attestés portent sur un montant supérieur ou égal à 287.916,18 €, et un deuxième tableau, reprenant la liste des 32 praticiens qui auraient attestés plus de 45.000 P pour l'année 2010 (150 P quotidiens x 300 jours), étant précisé que l'application de la règle en projet à ceux-ci aurait permis une économie de 1.705.370 €.¹⁹

11. Le 23 avril 2012, les services de l'INAMI établissent une note CNDM 2012/7bis ayant pour objet une « Proposition de modification de la nomenclature du Conseil technique dentaire concernant la limitation des 'outliers' », dans laquelle on peut lire ce qui suit :

« a) La mission du 02/04/2012 donné au Conseil technique dentaire

Lors de la séance extraordinaire du 19 avril 2012, le CTD a donné suite à la demande de la CNDM de revoir sur certains points sa proposition de modification de la nomenclature, présenté à la CNDM le 2/04/2012 :

- Examiné la possibilité d'instaurer un mécanisme qui autorise une délégation à la CNDM et/ou au Comité de l'assurance pour la fixation du plafond et des valeurs P. De cette façon on peut répondre de manière plus flexible à certaines effets secondaires imprévus ou à des adaptations de la nomenclature et l'administration de ces critères sensibles reste au mains des organes de concertation.

Le 19/04/2012 le CTD a pris connaissance de l'avis de la direction juridique dans lequel il est affirmé que le Conseil d'Etat n'acceptera pas une telle délégation du Roi à un comité d'exécution, vu la portée généralisée des conséquences entraînées par la mesure. Le CTD est d'avis que la sécurité juridique maximale est prioritaire et ne

¹⁸ Dans la troisième annexe au document du 29 mars 2012, la prestation 308534-308545 Piliers et ancrage se voyait attribuer 144 P (dossier de l'instruction, pièce 4, annexe 3).

¹⁹ Dossier de l'instruction, pièce 1.

désire pas de modifier sa proposition dans ce domaine. Dans l'avis juridique il est également signalé que les garanties demandées par la CNDM peuvent faire l'objet de clauses dans l'Accord national.

- Le Conseil technique dentaire a formulé les propositions suivantes quant aux valeurs encore à remplir :

Plafond annuel en P : entre 43.500 P et 45.000 P

Moyenne journalière en P : entre les 150 P et les 180 P

Activité minimale pour qu'un jour entre en ligne de compte pour le calcul de la moyenne : 6 prestations

Le CTD laisse à la CNDM de fixer définitivement les valeurs.

b) L'avis du SECM

Conformément à l'article 27, 4^{ème} alinéa de la loi SSI, le SECM doit rendre son avis sur la proposition de nomenclature. Le 19/04/2012, le CTD a approuvé le texte, sous réserve des remarques du SECM, à qui ils demandent de l'analyser une dernière fois, surtout en ce qui concerne les aspects suivants :

- Vaut-il mieux déterminer l'activité minimale en valeurs P ou en 'nombre de prestations' ?
Le SECM conseille d'exprimer l'activité minimale en 'nombre de prestations', car cette partie de la mesure n'est pas liée aux valeurs P.
- Le passage suivant du § 19 nécessite-t-il une clarification ? '...le total des coefficients P ne dépasse pas yyy P (moyenne journalière calculée sur la période concernée)...'
Le SECM a clarifié le texte à ce propos. Vous en trouverez le résultat en annexe 1.

c) Le coefficient P

Le coefficient P est une pondération de toutes les prestations de l'art. 5 en fonction de temps et de complexité. A côté de chaque prestation de l'art. 5 de la nomenclature, cette valeur P est ajoutée. Le point de départ pour la fixation des valeurs P est le tarif 2010 de chaque prestation, modulé en fonction de la part du coût et du matériel. Le 19/04/2012, le CTD a revu les valeurs P et apporté une modification dans la valeur de la prestation 'placement du pilier et ancrage' de la rubrique 'Implants oraux', qui était estimé trop haut. Avec ceci des valeurs P ont été créées pour les prestations concernant les suppléments lors d'un jour de pont, qui seront publiées bientôt.

En annexe 2 vous trouverez les résultats de cette exercice. En annexe 3 vous trouverez la liste initiale des outliers et leur classement sur base des valeurs P annuelles (les maîtres de stage n'ont plus été impliqués dans l'exercice).

d) Le fonctionnement de l'AIM

Sur la base des données fournies par les OA (6 livraisons par an), l'AIM suivra les données de facturation des dentistes. Les dentistes qui dépassent le plafond repris dans la nomenclature, seront marqués et des informations seront transmises au SECM. Quatre transmissions de données AMI-SECM pourront être prévues par an.

e) Le rôle du SECM

L'introduction de la règle susmentionnée implique que le SECM pourra réclamer, de façon efficiente, des montants importants qui dépassent le plafond. Sans cette règle ceci n'est pas possible parce que la non-conformité doit être démontrée pour chaque prestation individuelle. La mesure a un effet immédiat à cause de sa fonction intimidante d'une part et à cause du caractère exécutif et efficiente de la sanction, d'autre part.

Chez les dentistes marqués par l'AIM, le SECM peut procéder à la rédaction d'un PV de constatation. Dans ce cas, on demandera aux OA de transmettre les données de facturation du praticien. Le dépassement de la moyenne

journalière sur une période d'au moins 30 jours comportant un seuil d'activité minimale est qualifié de non-conforme à la nomenclature. Ensuite l'affaire est portée devant les juridictions administratives

f) L'esprit de la mesure

Le CTD a pris connaissance de l'esprit de la mesure, tel qu'il a été expliqué lors de la réunion de la CNDM du 02/04/2012. L'objectif est de donner une arme supplémentaire au SECM dans leur lutte contre les outliers. Ceci veut dire que pour ces outliers, le montant total qui dépasse le plafond peut être réclamé, mais qu'il faut également contrôler la conformité de leurs prestations aux autres dispositions de la nomenclature. Ainsi l'obligation de remboursement pourrait s'étendre à une somme plus élevée que le seul dépassement du plafond.

g) Rapport au Roi

Dans les étapes suivantes du processus décisionnel, le texte du projet sera accompagné par un rapport au Roi dans lequel les fins de la mesure seront commentées. Dans les organes de concertation dentaires de l'INAMI, un consensus s'est formé sur le fait que les profils annuels en dépenses INAMI d'un nombre réduit des praticiens de l'art dentaire prend des proportions irréalistes, dans le sens où il paraît impossible de faire un tel nombre de prestations dans un espace de temps déterminé, sans perdre un minimum de qualité et/ou en appliquant les règles de la nomenclature correctement. Le consensus sur cette constatation a mené à la création d'un plafond établissant le nombre maximum de prestations qui peuvent être portées en compte à l'assurance maladie sur une période définie. Cette mesure ne vise pas les assurés, mais en mettant le non-dépassement du plafond comme condition au remboursement, il est donné une arme supplémentaire au SECM dans leurs examens de conformité des prestations avec les dispositions de la nomenclature. »²⁰

12. Le 24 avril 2012, la Commission nationale dento-mutualiste examine la proposition de modification de la nomenclature concernant la problématique des outliers.²¹

Les procès-verbaux des réunions tenues à cette occasion se présentent comme suit :

« PROCES-VERBAL DE LA RÉUNION DU 24 AVRIL 2012

Première séance — 19H00 à 20H45,

...

2. Indexation 1/5/2012 : constatation de la sous-consommation 2012 et proposition de modification de la nomenclature concernant la problématique des «outliers» (»Docs. CNDM 2012-7 et CNDM 2012/7bis)

M. VAN DE VELDE expose la note 2012/7bis distribuée en séance.

M. PEETERMANS commente la note 2012-7.

Sur la base des chiffres, M. HANSON constate un retard dans l'accroissement des dépenses. Il se demande s'il s'agit d'une conséquence de la crise.

M. DE RIDDER affirme que lors des estimations du mois de juin, on examinera minutieusement ces retards afin que 2013 puisse être estimée le plus précisément possible. Il demande aux membres si on peut estimer qu'il y a un espace de 11,434 millions, grâce auquel il est satisfait à la première condition.

La Commission nationale dento-mutualiste confirme cette constatation.

M. DE RIDDER précise qu'en ce qui concerne le deuxième point, une proposition de nomenclature se trouve sur la table du Conseil technique dentaire dans laquelle un certain espace est laissé à la CNDM pour l'interprétation. Des informations juridiques qui stipulent que les valeurs doivent être inscrites dans la nomenclature et que d'autres

²⁰ Dossier de l'instruction, pièce 2.

²¹ D.A., pièce 2.

mécanismes doivent être trouvés pour garantir la sécurité et une flexibilité par exemple via des engagements dans l'accord, complètent cette proposition. Il renvoie également au § 19 dans l'article 6 de la nomenclature dans la version telle que proposée par le SECM et à la proposition visant à ne prendre en compte pour le calcul de la moyenne journalière que les jours ouvrables où au moins 6 prestations sont attestées. Il demande aux membres s'il y a des remarques à ce sujet.

M. DE VOS signale que son organisme professionnel défend totalement le principe selon lequel les outliers doivent être poursuivis et qu'il doit être mis fin aux mécanismes frauduleux. Il n'est toutefois pas d'accord avec le principe de plafonnement utilisé à cet effet. La proposition telle qu'elle est proposée actuellement ne satisfait d'après lui pas à la mission confiée le 15 décembre 2011 au CTD, à savoir que le SECM ne peut récupérer le dépassement qu'après examen du volume moyen du praticien de l'art dentaire par jour ET de la réalité et la conformité des prestations avec la nomenclature. On l'a aussi constaté lors de la réunion précédente. La proposition a été renvoyée au CTD, mais il constate qu'elle n'a toujours pas été adaptée.

M. DE RIDDER répond qu'au cours de la réunion précédente, la proposition suivante a été acceptée : 1° on se posait des questions quant à l'exactitude de l'évaluation des valeurs P et il a été demandé de les revoir 2° si le plafond peut être adapté rapidement au moyen d'une délégation dans la nomenclature. En ce qui concerne le point 1, le CTD a proposé une adaptation et en ce qui concerne le second point nous disposons d'un avis juridique qui stipule que ce n'est pas possible, mais il y a d'autres possibilités qui peuvent apporter la sécurité demandée. Le débat qui est de nouveau ouvert a été clôturé lors de la réunion précédente.

M. DE VOS dit que la décision du 15 décembre 2011 est un document officiel émanant de la Commission nationale qu'il n'est plus possible de modifier lors d'une discussion suivante.

M. DE RIDDER répond que la Commission nationale dento-mutualiste décide souverainement. Elle confie une mission au CTD. Le CTD émet une proposition au sujet de laquelle la Commission prend une décision. Elle peut de nouveau décider de renvoyer la proposition au CTD s'il n'est pas d'accord, mais il se pose alors un problème de timing.

M. HANSON répète qu'il est absolument indispensable de limiter les excès. Il regrette que la Commission doive prendre l'initiative parce que les offices de contrôle ne disposent pas de suffisamment de mécanismes dans leur législation pour s'attaquer à la fraude. Il ne s'agit pas de l'économie calculée, car selon lui l'effet secondaire sera plus important. Il a pris connaissance des points f et g de la note qui pour lui, devraient constituer un fil conducteur évident pour le SECM. C'est nécessaire avec cette mesure car dans le passé on a constaté que leurs campagnes d'information voyaient le jour sans concertation et qu'on se basait sur des critères erronés. L'organisation professionnelle reçoit par ailleurs régulièrement des plaintes concernant la manière irrespectueuse dont certains dentistes sont traités lors des contrôles. Malgré le manque de confiance, il faut avoir le courage d'éradiquer les fraudeurs. Pour cette raison, il espère que le SECM jouera son rôle comme il se doit. Si un collègue devait être désigné, alors le SECM dispose des moyens existants pour effectuer un contrôle et du facteur du plafond qui peut veiller à ce que chaque obturation attestée par erreur ne doive pas être prouvée, comme c'est le cas actuellement. Il espère aussi que le SECM tiendra compte du fait que le délai de 30 jours constitue un minimum et que dans les cas où il ne craint pas que le dispensateur de soins disparaisse rapidement, il puisse rallonger la période, cela éliminera l'effet du hasard de plusieurs semaines difficiles. Une évaluation très rapide doit être possible de sorte qu'en cas de problème on puisse immédiatement procéder à la correction. Si on constate que des collègues de bonne foi sont injustement victimes de cette procédure, le système doit pouvoir être supprimé.

Il signale finalement que le travail des derniers jours, où des profils ont été étudiés, a conduit à la constatation que la limite fixée par le CTD de 150 P n'est pas assez élevée. Il propose de porter la limite à 200 P.

M. BRONCKAERS signale que le système en est à ses débuts et qu'il reste quelques facteurs inconnus. Si on constate que le système est trop strict, la Commission nationale doit s'engager à adapter la réglementation. Le contraire peut aussi être vrai, à savoir que le système ne soit pas assez strict pour réaliser l'effet escompté. Dans ce cas-ci, il faut également un engagement de la Commission nationale pour apporter les modifications nécessaires. Aux yeux de l'opinion publique, il est plus logique de rehausser la limite par après que de la redescendre, c'est pourquoi 200 P lui semblent un peu trop et il plaide pour 180 P comme valeur initiale en même temps qu'un bon monitoring et évaluation de la part du SECM. Il comprend que la confiance dans le SECM n'est pas très élevée,

mais il réfère à leurs intentions visant à ne contrôler dans une phase initiale que les extrêmes. Une valeur P élevée est par ailleurs indispensable parce que l'effet effrayant est beaucoup plus important que la récupération.

M. HUBERT estime qu'il ne faut pas compliquer la vie des dentistes avec une nomenclature compliquée et avec un risque d'effets secondaires pervers si on ne vise réellement qu'une trentaine parmi eux. Il estime qu'une telle mesure ne doit pas être acceptée en échange d'une indexation partielle qui n'est jamais proportionnelle aux coûts annuels croissants dans un cabinet dentaire. Il propose de renvoyer le dossier au Conseil technique dentaire afin de trouver une mesure cohérente qui puisse être expliquée aux collègues et basée sur des critères économiques. On établit une liste d'outliers, mais il faut d'abord se demander quelle dynamique se cache derrière. Par exemple : dans la liste de 98 outliers ne figurent que 22 dentistes de la région wallonne. Les autres viennent de Flandre, comment cela se fait-il ?

M. LAURENT s'étonne de cet argument. Excepté les 30 outliers visés, personne ne doit se tracasser. Ils n'auront dès lors aucun inconvénient des valeurs P. Il souligne qu'au cours des années écoulées, différentes mesures avaient déjà été prises pour limiter les outliers. La présente mesure a comme avantage qu'un effet dissuasif vient s'y ajouter qui veillera à ce que quelques dentistes puissent automatiquement corriger leur pratique. Il est aussi partisan d'une valeur P 180.

Mme SCHUHMANN renvoie aux mesures prises dans le passé. A l'exception des travaux au sein de la Commission de profils, elles n'ont pas connu beaucoup de succès. Elle se demande dès lors pourquoi elles seraient couronnées de succès cette fois-ci.

Puisque l'effet dissuasif est le principal effet de la mesure, M. HUBERT se demande pourquoi on ne peut atteindre cet objectif grâce à des contrôles approfondis du SECM chez les dentistes qui sont connus pour être des outliers.

M. DEVRIESE explique qu'il ressort des cas traités par les Chambres que le SECM ne dispose pas de suffisamment de moyens juridiques pour arrêter les dentistes concernés. Il faut apporter la preuve, prestation après prestation, qu'une obturation qui a par exemple été attestée il y deux ans n'a pas été réalisée. C'est impossible.

M. BREMHORST ajoute que la mesure constitue aussi un moyen de pression pour les dentistes qui séjournent brièvement dans notre pays et réalisent à très court terme un énorme volume qui reste en-deçà des feux clignotants de la Commission de profils. Ils ont quitté le pays depuis longtemps avant que le SECM ne retrouve leurs traces.

M. DE VOS demande que l'on insère dans le projet de texte de la nomenclature qu'une récupération par le SECM sur la base d'un dépassement du plafond n'est possible qu'après un contrôle de la réalité et de la conformité des prestations avec la nomenclature. Cela offrirait plus de sécurité aux dentistes et pourrait peut-être être accepté par son organisation.

M. DE RIDDER répond qu'on ne peut pas définir dans la nomenclature ce que le SECM doit faire. Les compétences du SECM sont fixées dans la loi.

M. DE VOS répond qu'il appartient dès lors au législateur de prendre la présente mesure et qu'il ne faut pas le demander aux dentistes.

M. HANSON répond que la présente Commission est responsable de la gestion du budget du secteur. La règle de nomenclature en fait partie.

M. DE VOS ne voit pas le rapport entre une économie estimée à 1,7 million et la mesure draconienne imposée à 8000 dentistes.

M. DE RIDDER précise que le 1,7 million n'a qu'une valeur indicative. Si personne ne change son comportement et que la mesure est appliquée dans chaque dossier selon les procédures de récupération, alors l'assurance maladie réalise 1,7 million de recettes. Les dépenses demeurent identiques. Mais cet effet n'est pas visé, le but consiste à effrayer. La mesure permet aussi d'intervenir si le résultat escompté n'est pas obtenu.

M. HUBERT affirme que ce sont principalement les ratios qui sont mal estimés.

M. BRONCKAERS répond que les ratios et les valeurs P sont susceptibles de révision. Il rappelle qu'aucun dentiste ayant une pratique normale et qui livre du bon travail n'est visé. Si on a le sentiment qu'un dentiste est visé tout de même par cette mesure, il est le premier partisan d'une intervention dans la réglementation. Après l'entrée en vigueur de la mesure, il y aura une période de quelques mois qui sont nécessaires pour collecter les chiffres validés. À ce moment là, nous pourrons faire une première évaluation. Des données dépersonnalisées seront transmises à la Commission nationale et le SECM pourra expliquer comment elles ont été utilisées.

M. DEVRIESE ajoute que l'avantage de cette mesure est que tout est fixé dans la nomenclature. Les organes de l'art dentaire disposent d'un droit d'initiative pour y apporter à tout moment des modifications, afin de tenir compte des évolutions. On commence par un système qui autorise une évaluation. Les offices de contrôle ont intérêt à manipuler la mesure avec prudence sans quoi elle pourrait de nouveau être supprimée. En ce qui concerne le plafond, il propose 190 comme compromis entre le point de vue du VVT et les organismes assureurs.

M. HANSON prend acte du fait que quelques mois passeront avant de pouvoir effectuer une première analyse. Dans ce cas, on ne pourra conclure un accord que pour un an. Il estime également que l'argument selon lequel on accepterait plus facilement un plafond qui puisse être ultérieurement relevé plutôt qu'abaissé, est injustifié. Il effectue la comparaison avec un carrefour où l'on décide de replacer des feux de signalisation après qu'il y ait eu des morts. Ce n'est pas un bon point de départ. L'effet dissuasif aura de toute façon lieu et en ce qui concerne la récupération, nous avons la possibilité de d'abord effectuer une évaluation. La demande des collègues visant à approfondir les choses peut entre-temps se faire en toute sécurité.

M. GHILAIN répond que d'après la loi, les accords sont en règle générale conclus pour deux ans. Exceptionnellement, on autorise un accord pour un an mais alors il faut le motiver convenablement.

M. DE RIDDER propose qu'on insère un calendrier dans l'Accord national avec les moments clés auxquels certaines affaires doivent passer et dans lesquelles le SECM est impliqué. Le timing et la fréquence doivent être fixés.

Après une discussion concernant le niveau du plafond, M. DE RIDDER formule la proposition qui est soumise au vote. Il renvoie à la note 2012/7bis qui reprend tous les éléments et où les points f) et g) sont complétés par les considérations émises en séance. Dans l'annexe 1, 150 P est remplacé par 190 P. On établit en outre un calendrier avec le rythme de l'évaluation.

M. THYS se demande s'il est permis de déroger à la proposition formulée par le CTD entre 150 p et 180 P.

M. DE RIDDER lit dans la note que le CTD a formulé une proposition comme la Commission nationale l'avait demandé le 2/04/2012, mais qu'il laisse le soin à la Commission de fixer définitivement les valeurs.

M. LAURENT ajoute que c'est un point de vue logique du CTD parce que cette décision est de nature politique plutôt que technique.

M. DEVRIESE demande une brève suspension de séance avant de procéder au vote.

La séance est suspendue.

Après la suspension, M. LAURENT prend la parole pour les organismes assureurs. Il accepte la proposition du VVT pour fixer le plafond à 200 P à condition que lors de la première évaluation le plafond soit analysé en profondeur et qu'il soit possible d'affiner le plafond si on constate que la mesure n'a pas l'effet escompté.

M. DE RIDDER répète sa proposition compte tenu de la remarque de M. Laurent. Cela signifie que dans l'annexe 1 de la note 7bis, 150 P doit être remplacé par 200 P, En exécution des articles 7 et 8 du Règlement d'ordre intérieur, il soumet la proposition au vote.

Le résultat du vote est le suivant :

1° Les 6 membres votants présents du banc des organismes assureurs ont émis le vote suivant :

MC:	2 voix pour
MUTSOC :	1 voix pour
ML :	1 voix pour
UL :	1 voix pour
CAAMI :	1 voix pour

La proposition du président est approuvée à l'unanimité par le banc des organismes assureurs

2° Les 10 membres votants présents du banc des praticiens de l'art dentaire ont émis le vote suivant :

SMD :	2 voix pour
VBT :	2 voix contre
CSD :	2 voix contre
VVT :	4 voix pour

6 des 10 votes émis approuvent la proposition du président.

M. DE RIDDER constate que le banc des praticiens de l'art dentaire n'obtient pas la majorité des 3/4 exigée pour approuver la proposition comme prévu dans l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur. On constate toutefois une majorité simple sur le banc des praticiens de l'art dentaire. Etant donné qu'il faut prendre une décision concernant la proposition avant le 1^{er} mai pour pouvoir ressortir ses effets, il demande aux membres l'autorisation de lever la séance et d'ouvrir une seconde séance au cours de laquelle la même proposition sera de nouveau soumise au vote. Les autres points de l'ordre du jour qui n'ont pas encore été examinés seront également examinés au cours de cette séance.

La Commission nationale dento-mutualiste marque son accord.

La séance est levée à 20 heures 45. »

« PROCÈS-VERBAL DE LA RÉUNION DU 24 AVRIL 2012

Deuxième séance — 20H45 à 22H10.

1. Indexation 1/5/2012 : proposition de modification de la nomenclature relative à la problématique des outliers (Docs. CNDM 2012.-7 et CNDM 2012-7bis — en annexe)

M. DE RIDDER, Président, réitère la proposition soumise au vote lors de la séance précédente et qui n'a été approuvée qu'à la majorité simple par le banc des praticiens de l'art dentaire. Conformément à l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur, il resoumet la même proposition au vote: la note 2012/7bis qui reprend tous les éléments et qui approfondit les points f) et g) sur la base des considérations émises lors de la séance précédente. A l'annexe 1, 150 P est remplacé par 200 P. En outre, un calendrier du rythme d'évaluation est établi.

M. THYS demande si la proposition peut encore faire l'objet d'une modification. Il suggère de ramener de 6 prestations à 1 ou 2 prestations le nombre minimum de prestations à prendre en considération comme journée de travail pour le calcul de la moyenne journalière. Il est d'avis que des outliers en profiteront pour attester 5 prestations lourdes un jour qui ne sera pas pris en compte pour le calcul de la moyenne.

M. DE RIDDER, Président, répond que l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur prévoit que la même proposition doit être soumise au vote lors d'une deuxième séance.

M. BRONCKAERS suggère d'y prêter une attention particulière lors de la première analyse de la mesure et de vérifier si de telles pratiques sont appliquées.

M. DE RIDDER, Président, marque son accord sur ce point et procède au vote de la proposition formulée antérieurement.

Les voix sont comptées et donnent le résultat suivant :

1° Les 6 membres ayant voix délibérative, présents sur le banc des organismes assureurs votent comme suit :

MC:	2 votes favorables
MUTSOC :	1 vote favorable
MLIBRES :	1 vote favorable
ML :	1 vote favorable
CAAMI :	1 vote favorable

La proposition formulée par le Président est approuvée à l'unanimité par le banc des organismes assureurs.

2° Les 10 membres ayant voix délibérative, présents sur le banc des praticiens de l'art dentaire votent comme suit :

SMD :	2 votes favorables
VBT :	2 votes négatifs
CSD :	2 votes négatifs
VVT :	4 votes favorables

6 des 10 votes émis approuvent la proposition du Président.

M. DE RIDDER, Président, constate qu'une double majorité est atteinte sur le banc des praticiens de l'art dentaire et qu'elle suffit conformément à l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur pour accepter la proposition.

De par l'approbation de la proposition d'adaptation de la nomenclature en vue de limiter les outliers et de par la constatation faite lors de la séance précédente concernant la sous-estimation d'au moins 11.434,000 EUR du trend des dépenses 2012. Il est satisfait aux conditions convenues le 15/12/2012 pour indexer les tarifs 2011 de 2.99% au 1/5/2012,

La Commission nationale dento-mutualiste approuve la proposition formulée par le Président et décide de la transmettre au Comité de l'assurance. Il prend connaissance de la hausse d'indexation à partir du 1/5/2012. »

13. Le 6 juin 2012, la Commission de contrôle budgétaire émet un avis positif sur le projet.²²

14. Le 31 mai 2012, les services de l'INAMI établissent une note ayant pour objet la « *Modification de la nomenclature dentaire – Art. 5 et 6 – Mesure visant la limitation des 'outliers'* » à l'intention des membres du Comité de l'assurance.²³

On peut y lire ce qui suit

« **CONTENU:**

A côté de chaque prestation de l'art. 5 de la nomenclature, une valeur P est ajoutée. Cette valeur P est une pondération en fonction de temps et complexité des prestations. Le point de départ pour la fixation des valeurs P est le tarif 2010 de chaque prestation, modulé en fonction de la part du coût du matériel. Vous trouverez un aperçu des valeurs P en annexe II.

²² D.A., pièce 3. Le tableau joint en annexe établit l'économie envisageable en tenant compte d'un maximum de 45.000 P annuels, calculés sur une base de 225 jours de travail x 200 P quotidiens.

²³ D.A., pièce 4.

A l'article 6 est inséré une règle d'application qui subordonne l'intervention de l'assurance à la condition que la moyenne journalière des coefficients P, calculée sur une période qui ne peut pas être inférieure à 30 jours, ne peut pas dépasser 200 P. Seuls les jours pendant lesquels plus de 6 prestations ont été attestées entrent en considération pour ce calcul.

Sur la base des données fournies par les Organismes assureurs (OA) à l'agence Intermutualiste (AIM), ce dernier suivra les données de facturation des dentistes. Les dentistes qui dépassent le plafond repris dans la nomenclature, seront marqués et des informations seront transmises au Service d'évaluation et de contrôle médical (SECM). Quatre transmissions de données AIM-SECM pourront être prévues par an.

Chez les dentistes marqués par l'AIM, le SECM peut procéder à la rédaction d'un PV de constatation. Dans ce cas, les OA seront invités à transmettre les données de facturation du praticien. Le dépassement de la moyenne journalière sur une période d'au moins 30 jours comportant un seuil d'activité minimale est qualifié de non-conforme à la nomenclature. Ensuite l'affaire est portée devant les juridictions administratives.

Motivation :

Au sein de la Commission nationale dento-mutualiste un consensus s'est formé sur le fait que les profils annuels en dépenses INAMI d'un nombre réduit des praticiens de l'art dentaire prend des proportions irréalistes, dans le sens où il est impossible de faire un tel nombre de prestations dans un espace de temps déterminé, sans perdre un minimum de qualité et/ou en appliquant les règles de la nomenclature correctement. Environ 100 dentistes de 8.449 dentistes actifs en Belgique sont responsables de 5% des dépenses dans le budget du secteur dentaire. Le consensus sur cette constatation a mené à la création d'un plafond établissant le nombre maximum de prestations qui peuvent être portées en compte à l'assurance maladie sur une période définie. L'inspiration pour cette mesure a été trouvée dans le système existant déjà, qui est d'application dans la nomenclature des kinésithérapeutes (art. 7, § 19, NPS). Cette mesure ne vise pas les assurés, mais en mettant le non-dépassement du plafond comme condition au remboursement de l'assurance, il est attribué une arme supplémentaire au SECM dans leurs examens de conformité des prestations avec les dispositions de la nomenclature.

IMPACT BUDGETAIRE :

*La mesure entraîne une épargne, estimée à 1,7 millions.
Il y a aussi un effet psychologique qui est difficile à chiffrer.*

[...]

15. Le 11 juin 2012, le Comité de l'assurance décide de transmettre le projet d'arrêté royal à la Ministre.²⁴

On peut lire ce qui suit dans le passage pertinent du procès-verbal de cette réunion :

« M. VAN DE VELDE introduit la note CSS 2012/189.

Le Comité de l'assurance prend connaissance de l'avis favorable de la Commission de contrôle budgétaire.

M. MOENS, vice-président, estime qu'il s'agit d'une décision incompréhensible de la part des collègues dentistes. Il sait qu'ils sont divisés à ce sujet. Ici on semble signaler qu'il y a un consensus mais selon lui il y a clairement deux tendances.

Après maintes discussions, on obtiendra un consensus car il s'agit également du volet financier, notamment l'obtention ou non de l'indexation. Il estime qu'il est improbable qu'un groupe de dentistes indépendants, car cela pourrait alors aussi s'appliquer aux médecins, se laisse limiter le nombre de prestations. Il ne tient pas à discuter du nombre car il ne sait pas estimer ce que les listes signifient. Il ne peut marquer son accord sur le fait qu'on impose

²⁴ D.A., pièce 4.

des limitations du nombre de prestations. C'est inacceptable et incompréhensible. On constate qu'en fait le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) ne sait pas coincer un groupe limité d'une centaine de dentistes parmi lesquels une quarantaine abusent fortement du régime du tiers payant et appliquent des pratiques frauduleuses. Le travailleur indépendant est dupé parce que le SECM ne parvient apparemment pas à coincer 40 fraudeurs connus. Il estime qu'il s'agit d'un dossier scandaleux. La comparaison avec la kinésithérapie n'a pas de sens. On finira bientôt par dire que le travailleur indépendant ne peut travailler que 8 heures par jour. Il se demande vers quoi on va. Il a essayé de convaincre des dentistes mais l'indexation a apparemment eu plus de poids que ce débat fondamental. Il est inacceptable que pour maintenir l'index on laisse filer un tel débat fondamental.

M. ROEX se rallie à l'avis de son collègue.

M. MESTRUM confirme que le dentiste est un travailleur indépendant. Il est dès lors très difficile pour eux de devoir accepter qu'un des principes de la profession d'indépendant doive être corrigé pour accorder un atout supplémentaire au SECM. Ce n'est normalement pas la tâche de l'organisation professionnelle mais d'un autre côté, il faut dire que la liberté d'un travailleur indépendant n'est pas une liberté facultative. Ils estiment qu'il est injustifié d'un point de vue éthique d'autoriser un petit groupe de dentistes d'utiliser incorrectement l'assurance maladie obligatoire. Il ne s'agissait pas seulement d'obtenir l'indexation. C'est un dossier vieux de plusieurs années et il donne un mauvais exemple au dentiste moyen. En ces temps de grande économie budgétaire et de contrôles multiples des dentistes moyens, il faut donner un signal clair pour mettre fin à la prolifération sauvage d'une telle pratique répréhensible. Puisque les tentatives aux cours des dernières années ont échoué, c'est la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) avec l'appui des organisations professionnelles qui approuve une telle règle inhabituelle. Des simulations ont été faites sur la base de pratiques réelles et selon eux cela fonctionne bien. La mesure peut aussi être rectifiée.

M. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, signale qu'il s'agit d'un montant de l'ordre de 450.000 EUR pour des remboursements cumulés sur une base annuelle et seulement des remboursements. La masse d'honoraires réalisés est donc encore supérieure étant donné, entre autres, les tickets modérateurs. La raison pour laquelle il a été délibéré à ce sujet au sein de la dento-mut n'est pas due au fait que le SECM n'agit pas mais bien parce qu'on rencontre ici un phénomène de carrousels où des pratiques organisées sont créées avec des dentistes différents. Il est très important que l'on puisse rapidement intervenir, constater que des pratiques anormales ont cours et réagir.

M. DE PAEPE fait une remarque supplémentaire. Un autre élément était important pour les OA, à savoir la promotion de la qualité de la pratique en faveur de leurs membres.

M. VANDENBREEDEN lit avec intérêt que l'on s'est inspiré des kinésithérapeutes. Il en déduit qu'une économie chez les kinésithérapeutes pourrait être inscrite au budget simplement en mentionnant que l'on espère que les contrôles seront effectués. Cela ne sera toutefois pas le cas.

M. DE COCK, administrateur général, dit qu'il n'est pas correct d'affirmer que le SECM n'intervient pas. Des procédures sont actuellement introduites auprès de trois parquets contre les carrousels frauduleux. Il ne peut donner plus de détails à ce sujet mais il y a peu, il a rencontré le procureur du Roi de Verviers et de Liège afin de savoir comment bien aborder ces affaires.

M. MOENS, vice-président, dit qu'il n'a pas prétendu que le SECM se tourne les pouces mais que c'est apparemment utilisé comme argument pour expliquer que l'on ne peut pas suffisamment intervenir. Il apprend avec plaisir que l'on intervient. Il n'apprécie pas du tout ces carrousels.

M. DE COCK, administrateur général, estime que ce ne sont pas des travailleurs indépendants mais des personnes qui viennent en Belgique pour effectuer des prestations frauduleuses via des systèmes de tiers payant. Si on souhaite intervenir, ils auront quitté le pays depuis longtemps.

M. MOENS, vice-président, appuie cette action. Il rappelle une fois de plus qu'il s'oppose à l'ergotage pour des raisons de principe. Les montants qu'il a entendus sont considérables mais il poursuit son opposition. Si la majorité considère qu'il s'agit d'une bonne mesure, il s'en fait une raison. Les commissaires du gouvernement sont présents et ils en feront la communication. Son banc a décidé de faire opposition.

Vu la tournure de la discussion, M. DE COCK, administrateur général, propose de faire rapport périodiquement au Comité de l'assurance au sujet de l'exécution et des constatations effectuées.

Le Comité de l'assurance décide de transmettre la proposition de modification de la nomenclature (annexe 1) à la Ministre. »

16. Le 23 juillet 2012, l'Inspecteur des Finances indique qu'il n'a pas d'objection au projet.²⁵

17. Le 3 septembre 2012, le Ministre du Budget marque son accord sur le projet d'arrêté royal.²⁶

18. Le 8 octobre 2012, le Conseil d'Etat, saisi d'une demande d'avis dans le délai fixé à l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 1^o, des lois sur le Conseil d'Etat, rend son avis.²⁷

19.a. Le 17 janvier 2013, est adopté un arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.²⁸

Cet arrêté, qui constitue l'acte attaqué, et qui est publié au *Moniteur belge* le 31 janvier 2013, se présente comme suit :

« Article 1^{er}. A l'article 5 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 24 avril 2012, les modifications suivantes sont apportées :

1^o en ce qui concerne les prestations 371011-371022, 371092-371103, 371114-371125, 371070-371081, 371556-371560, 371571-371582, 371254-371265, 374371-374382, 374872-374883, 379050-379061, 379072-379083, 377016-377020, 301011-301022, 301092-301103, 301114-301125, 301070-301081, 301254-301265, 304371-304382, 304872-304883, 304916-304920, 309050-309061, 309072-309083, 307016-307020, 305616-305620, 305653-305664, 305712-305723 et 389616-389620, les mots « P 3 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

2^o en ce qui concerne les prestations 371033-371044, 374850-374861, 374754-374765, 377090-377101, 301033-301044, 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346, 301350-301361, 304850-304861, 304894-304905, 304754-304765, 307090-307101 et 305830-305841, les mots « P 4 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

3^o en ce qui concerne les prestations 371055-371066, 371136-371140, 372536-372540, 373590-373601, 373612-373623, 374953-374964, 379094-379105, 379116-379120, 377053-377064, 301055-301066, 301136-301140, 303590-303601, 303612-303623, 304953-304964, 309094-309105, 309116-309120, 307053-307064 et 389653-389664, les mots « P 1 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

4^o en ce qui concerne les prestations 372514-372525, 371792-371803, 371814-371825, 371836-371840, 371851-371862, 371873-371884, 371696-371700, 371711-371722, 371733-371744, 371755-371766, 371770-371781, 374931-374942, 379013-379024, 379035-379046, 377031-377042, 301696-301700, 301711-301722, 301733-301744, 301755-301766, 301770-301781, 302153-302164, 302175-302186, 302190-302201, 302212-302223, 302234-302245, 301976, 304931-304942, 309013-309024, 309035-309046, 307031-307042, 305911-305922, 305852-305863, 305896-305900 et 389631-389642, les mots « P 2 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

5^o en ce qui concerne les prestations 373811-373822, 373892-373903, 374393-374404, 374356-374360, 374776-374780, 377112-377123, 304393-304404, 304776-304780 et 307112-307123, les mots « P 5 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

²⁵ D.A., pièce 6.

²⁶ D.A., pièce 8.

²⁷ Dossier de l'instruction, pièce 7.

²⁸ Requête, pièce 1.

- 6° en ce qui concerne les prestations 373833-373844, 373914-373925, 374415-374426, 379131-379142, 379153-379164, 304415-304426, 309131-309142 et 309153-309164, les mots « P 6 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 7° en ce qui concerne les prestations 373855-373866, 373936-373940, 374430-374441, 374533-374544, 301593-301604, 304430-304441, 304533-304544, 305594-305605, 305631-305642 et 305675-305686, les mots « P 8 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 8° en ce qui concerne les prestations 373951-373962, 374452-374463, 304452-304463 et 389594-389605, les mots « P 9 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 9° en ce qui concerne les prestations 373973-373984, 373575-373586 et 303575-303586, les mots « P 11 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 10° en ce qui concerne les prestations 374474-374485, 374555-374566, 304555-304566 et 389572-389583, les mots « P 12 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 11° en ce qui concerne les prestations 374312-374323, 377134-377145, 304312-304323 et 307134-307145, les mots « P 7 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 12° en ce qui concerne les prestations 374570-374581 et 304570-304581, les mots « P 16 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 13° en ce qui concerne les prestations 378954-378965, 378976-378980, 306832-306843, 306854-306865, 306876-306880, 306891-306902, 306913-306924 et 306935-306946, les mots « P 38 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 14° en ce qui concerne les prestations 377230-377241, 307252-307263 et 307230-307241, les mots « P 17 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 15° en ce qui concerne les prestations 301372-301383, 305933-305944 et 305955-305966, les mots « P 15 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 16° en ce qui concerne les prestations 307731-307742, 307753-307764, 307775-307786, 307790-307801, 307812-307823, 307834-307845, 307856-307860, 307871-307882, 307893-307904 et 307915-307926, les mots « P 24 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 17° en ce qui concerne les prestations 307930-307941, 307952-307963, 307974-307985 et 307996-308000, les mots « P 26 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 18° en ce qui concerne les prestations 308011-308022, 308033-308044, 308055-308066 et 308070-308081, les mots « P 28 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 19° en ce qui concerne les prestations 308092-308103, 308114-308125, 308136-308140 et 308151-308162, les mots « P 33 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 20° en ce qui concerne les prestations 308512-308523 et 308534-308545, les mots « P 77 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 21° en ce qui concerne la prestation 305874-305885, les mots « P 0 » sont ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

Art. 2. L'article 6 de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 24 avril 2012, est complété par le paragraphe 19 rédigé comme suit :

« § 19. A chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P.
L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : pour une période donnée qui ne peut être inférieure à 30 jours comportant au moins 6 prestations portées en compte à l'assurance maladie et invalidité par jour, la moyenne journalière des coefficients P calculée sur la période concernée ne dépasse pas 200 P. »

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Art. 4. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté. »

Le rapport au Roi est le suivant :

« Le projet d'arrêté royal que nous avons l'honneur de soumettre à Votre Majesté pour signature apporte des modifications aux articles 5 et 6 de la nomenclature des prestations de santé, plus précisément celle des prestations de l'art dentaire. La modification consiste en l'ajout, pour chaque prestation, d'un coefficient de pondération P qui traduit l'investissement en temps et la complexité de la prestation. A l'article 6 est insérée une règle d'application

qui subordonne l'intervention de l'assurance à la condition que la moyenne journalière des coefficients P, calculée sur une période qui ne peut pas être inférieure à 30 jours, ne peut pas dépasser 200 P. Seuls les jours pendant lesquels plus de 6 prestations ont été attestées entrent en considération pour ce calcul. Le respect de cette règle d'application sera contrôlé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI au moyen d'une enquête de conformité. Cette règle d'application supplémentaire est instaurée à la suite du constat consensuel fait par les partenaires siégeant dans les organes de concertation sur l'art dentaire de l'INAMI : les revenus annuels qu'une part infime des praticiens de l'art dentaire perçoivent de l'assurance maladie obligatoire prennent des proportions irréalistes, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas être engendrés par un mode d'attestation correcte et/ou moyennant la préservation d'une qualité minimale des prestations effectuées. »

b. L'acte attaqué a pour objet de supprimer l'intervention de l'assurance maladie pour les soins dentaires dans l'hypothèse où le praticien atteste des prestations auxquelles s'attache une moyenne journalière de plus de 200 P sur une période minimale de 30 journées au cours desquelles il porte en compte au moins 6 prestations.

Au vu du libellé de l'article 6, § 19, il faut donc considérer que :

- les journées au cours desquelles moins de 6 prestations auront été portées en compte ne seront pas prises en considération, et ce quel que soit le nombre de P attachés aux prestations qui seraient attestées ;
- la période sur laquelle la moyenne de P sera examinée devra comporter au moins 30 jours (qui ne seront plus que vraisemblablement pas 30 jours d'affilée puisqu'il serait, dans le cas contraire, aisé de se soustraire à cette règle en s'abstenant, un jour, fût-ce le week-end, de porter en compte plus de 6 prestations) ;
- le praticien doit avoir attesté des prestations représentant plus de 6.000 P sur la période de 30 jours (ou d'un multiple de 200 tenant compte du nombre de jours retenus pour la période), peu importe le nombre réel de P attaché aux prestations attestées chaque jour.

Par ailleurs, mais cela ne résulte pas du texte de l'article 19, § 6, il se déduit des discussions préalables à l'adoption de l'acte attaqué que, dans l'intention des autorités, d'une part, cette suppression prend la forme d'une action en remboursement que doit diligenter le SECM contre le prestataire de soins – et non d'un refus d'intervention dans le remboursement au profit des patients²⁹ – et, d'autre part, que seul le montant des prestations attestées au-delà de la moyenne quotidienne de 200 P devra être remboursé.³⁰

IV. REMARQUE PROCÉDURALE

L'acte attaqué fait également l'objet d'un recours en annulation enrôlé sous la référence G/A 208.546/VI-19.953.

Pour des raisons de bonne administration de la justice, il convient d'appeler les deux affaires à une même audience.

²⁹ Cette manière de voir est d'ailleurs conforme à l'article 164, alinéas 1 et 2, de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 précitée. S'il fallait toutefois considérer que c'est bien à charge du patient que la mesure produit ses effets – par exemple par un refus de remboursement des prestations – il faudrait alors considérer que les développements du présent rapport relatif à l'absence d'incidence de l'acte attaqué sur les patients reposent sur une prémisse inexacte et que les conclusions qui en sont tirées le sont également.

³⁰ Une telle limitation du montant à rembourser est conforme à l'article 142, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi du 14 juillet 1994 également précitée.

V. RECEVABILITÉ DU RECOURS

1. Les requérants indiquent que le recours est introduit moins de 60 jours après la publication de l'acte attaqué.

2. La partie adverse n'émet aucune observation sur la recevabilité du recours et les requérants ne reviennent pas sur la question.

3.a. La recevabilité *ratione temporis* du recours n'est pas contestable.

b. Les premier et troisième requérants sont dentistes et sont donc susceptibles d'être défavorablement affectés par l'acte attaqué, qui établit des conditions à l'intervention de l'assurance soins de santé.

Il ressort des écrits des requérants que la deuxième requérante perçoit les honoraires des différents dentistes travaillant en son sein, adresse les demandes d'intervention aux organismes assureurs dans le cadre du système du tiers-payant, assume les différentes charges d'exploitation et rétrocède une partie des honoraires aux différents dentistes. Elle peut donc également se prévaloir d'un intérêt similaire à celui des premier et troisième requérants.

c. La deuxième requérante, qui est une SPRL, joint à sa requête ses statuts ainsi que la décision d'agir prise le 28 mars 2013 par le sieur Loiseau, dont la qualité de gérant ressort d'une décision de l'assemblée générale du 28 septembre 2001.³¹

d. Le recours tend à l'annulation des seuls articles 1 et 2 de l'arrêté royal du 17 janvier 2013.

Il paraît inopportun, au cas où il est fait droit à la requête, de laisser subsister les seuls articles 3 et 4, qui concernant l'entrée en vigueur et l'exécution de cet arrêté.

L'annulation devrait donc porter sur l'ensemble de l'arrêté royal du 17 janvier 2013.

e. En conclusion, le recours est recevable.

VI. MOYENS D'ANNULATION

1. Premier moyen

1.1. Requête en annulation

Les requérants prennent un moyen, le premier, de l'incompétence de l'auteur de l'acte et de la violation des articles 16 de la Constitution et 1^{er} du premier protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme.

Ils indiquent qu'il résulte de ces deux dispositions que les atteintes au droit de propriété ne peuvent être prévues que par des lois ; et qu'il résulte de l'acte attaqué que l'assurance soins de santé n'interviendra pas en cas de dépassement de la valeur qu'il fixe et que les dentistes devront rembourser la valeur des prestations indument attestées.

³¹ Requête, pièces 2 à 6.

1.2. Mémoire en réponse

La partie adverse répond que l'acte attaqué a pour objet de modifier la nomenclature des soins de santé et est fondé sur l'article 35 de la loi du 14 juillet 1994 ; que l'acte attaqué fixe bien les règles d'application en vertu desquelles les prestations dentaires donneront lieu à une intervention de l'assurance ; que l'acte attaqué ne prive en rien les requérants d'un honoraire promérité ; que la nomenclature des prestations de santé a pour objet de déterminer les conditions dans lesquelles l'assurance intervient et non de constituer une garantie de revenus pour les praticiens ; que l'acte attaqué a pour objet d'établir que l'assurance soins de santé interviendra mais dans le respect d'un facteur de qualité minimale ; que le rapport au Roi indique bien que tel est l'objectif de la fixation d'un facteur P ; que l'acte attaqué ne prive pas les requérants d'un honoraire promérité mais en fixe les contours ; que la mesure est fondée sur un coefficient déterminé par les professionnels du secteur ; que l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 84/93 du 7 décembre 1993, qui concerne la récupération de prestations excédentaires – indépendamment même de la qualité des prestations comme en l'espèce – confirme ce constat ; que la Cour a, en effet jugé, que *« La loi entreprise s'inscrit dans un système conçu pour lutter contre la surconsommation des prestations de biologie clinique. Afin d'empêcher un dépassement du budget destiné à ces prestations, le législateur a organisé un système de récupération des montants payés par l'I.N.A.M.I. au-delà de ce budget. Le législateur a modifié de la sorte les règles fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans ces prestations. Un système qui transforme une intervention illimitée en intervention provisoire dont le montant définitif est limité, n'est pas une privation de propriété, quelle que soit sa mise en œuvre concrète ; il ne peut être considéré ni comme une expropriation, ni comme une confiscation, ni comme un impôt déguisé »* ; que l'acte attaqué a également pour objet de transformer une intervention illimitée en intervention provisoire dont le montant définitif est plafonné ; qu'en outre, contrairement à ce que soutiennent les requérants, ils n'ont pas un droit absolu à l'intervention de l'assurance soins de santé ; que le principe est, en effet, que l'assurance soins de santé n'est due qu'aux conditions et selon les modalités définies par ou en vertu de la loi ; que la protection du droit de propriété ne vaut que pour des biens actuels et déjà acquis ; que les requérants ne disposent ni d'un droit acquis et immuable à une intervention inconditionnée de la sécurité sociale selon le modèle unique du remboursement à l'acte ni d'un tel droit sur un quelconque honoraire ; que le Roi était donc bien compétent pour adopter l'acte attaqué ; qu'en tout état de cause, la restriction apportée par l'acte attaqué à un éventuel droit de propriété serait régulière ; que l'objectif de la mesure est de garantir la qualité des soins faisant l'objet d'un financement public ; que la mesure n'est pas manifestement disproportionnée ; que, d'une part, le praticien peut exercer son art, seul le remboursement des prestations étant visé ; que, d'autre part, l'acte attaqué fixe un seuil particulièrement élevé ; que ce seuil ne vise d'ailleurs que les prestations attestables, qui ne sont pas les seules dispensées aux patients sociaux ; que la mesure, en ne visant que les profils déviants n'est assurément pas manifestement disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi ; que l'avantage de la mesure est d'améliorer la qualité des soins offerts tandis que le seul inconvénient de la mesure – qui peut d'ailleurs être répercuté auprès du patient en lui demandant de payer la totalité de la prestation – est de nature pécuniaire, à savoir l'irrégularité de la prestation portée en compte au-delà du seuil ; et que l'arrêt n° 84/93 précité confirme cette thèse en énonçant que *« Pour éviter un dépassement du budget de la biologie clinique, le législateur a opté pour un système modifiant pour ces prestations les règles fixant l'intervention de l'assurance obligatoire, en réduisant cette intervention et en en faisant supporter la charge par un secteur, celui des laboratoires dont le chiffre d'affaires est en relation étroite avec les dépenses supportées par l'assurance maladie-invalidité, en fonction de critères propres à ces laboratoires. Plutôt que de modifier directement le montant du remboursement des prestations de biologie clinique par l'assurance maladie-invalidité, le législateur a opté pour un système de récupération qui n'est d'application que lorsque le budget global pour la biologie clinique est dépassé. Un tel système peut se justifier au regard de l'objectif poursuivi qui est de contenir le budget dans certaines limites. Il relève du pouvoir d'appréciation du législateur de décider dans quelles mesures les dispositions qu'il prend doivent atteindre les laboratoires ou les bénéficiaires des prestations ou encore les médecins prescripteurs. Il n'appartient pas à la Cour de censurer ce choix à moins qu'il n'apparaisse manifestement qu'une catégorie est atteinte de façon disproportionnée par les mesures prises. »*

1.3. Mémoire en réplique

Les requérants répliquent que la loi du 19 mars 2013 a modifié l'article 35 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 pour prévoir que « *En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1^o, e), le Roi peut déterminer dans la nomenclature les paramètres sur la base desquels il peut limiter à un maximum le nombre des prestations pouvant être attestées au cours d'une période de référence déterminée* » ; que l'exposé des motifs expose qu'il s'agit de conférer au Roi le pouvoir d'adopter une mesure comparable à l'acte attaqué ; que l'acte attaqué y est antérieur ; qu'il s'agit donc d'une violation de l'article 105 de la Constitution, illégalité d'ordre public ; que les règles d'application sont des règles techniques visant, par exemple, la qualification du praticien ou le déroulement de la prestation ; qu'au contraire, les dispositions attaquées ne concernent aucunement les caractéristiques d'une ou plusieurs prestations mais concernent les prestations effectuées pour l'ensemble de la patientèle ; qu'il ne s'agit donc pas de règles techniques ou de conditions de remboursement ; que les dispositions visent en réalité à attacher à un comportement une présomption de fraude ou de mauvaise qualité de soins et donc à empêcher des remboursements pour des prestations qui ont pourtant été réellement et correctement effectuées ; qu'il ne peut donc s'agir de règles d'application ; qu'alors que l'idée est de garantir la qualité des soins, les dispositions attaquées ne contiennent aucun critère permettant d'apprécier la qualité de ces soins ; que la rapport au Roi ne permet pas de déterminer si l'enquête que fera le SECM se limitera au non-respect de la valeur P ou portera également sur la réalité et la qualité des soins ; qu'en outre, une même prestation pourrait être remboursable ou non selon le moment où elle a été accomplie, ce qui est inadmissible ; qu'il ne saurait donc être question de considérer les dispositions attaquées comme des règles d'application ; que ces dispositions reviennent en réalité à priver les requérants d'un revenu INAMI promérité ; que les enseignements de l'arrêt n° 84/93 ne sont pas transposables car l'objectif du législateur était alors de maintenir les dépenses de biologie clinique dans une enveloppe déterminée et car la mesure s'appliquait à tous les laboratoires selon leur part du marché ; qu'en l'espèce, l'objectif est de lutter contre la fraude et de promouvoir la qualité minimale des prestations ; que des mesures fondées sur une simple présomption ne permettent pas d'atteindre ces objectifs ; que le fait d'atteindre ou dépasser 200 P sur une journée peut s'expliquer par différentes raisons et ne signifie pas automatiquement qu'il y aurait fraude ou insuffisante qualité des soins ; qu'en conséquence, les mesures attaquées, qui privent les requérants de revenus INAMI légalement et régulièrement payés pour des prestations effectivement et correctement effectuées constituent une atteinte à leur droit de propriété ; que la notion de « bien » visée à l'article 1^{er} du Protocole additionnel à la CEDH a une portée autonome, indépendante des qualifications internes ; que la Cour européenne des droits de l'homme considère que certains droits et intérêts sont visés par cette notion ; que la Cour européenne considère que les espérances légitimes sont également visées par cette disposition ; que les requérants travaillent en système de tiers payant, c'est-à-dire qu'ils facturent directement aux mutuelles le montant prévu par l'assurance soins de santé ; que, dans un tel système, lorsque les prestations sont légalement et régulièrement effectuées, les praticiens ont un droit acquis aux prestations de l'assurance ou à tout le moins une espérance légitime de les percevoir ; que la qualité des soins n'est en outre pas l'unique but poursuivi par l'auteur de l'acte attaqué puisqu'il est également question de lutte contre la fraude sociale ; que, comme déjà indiqué, les mesures ne sont pas en lien immédiat avec ces objectifs et ne permettent pas de les atteindre ; que l'acte attaqué considère que, lorsqu'un dentiste dépasse 200 P en moyenne journalière sur une certaine période, il est automatiquement coupable de fraude sociale ou de malfaçons ; que pourtant les articles 73bis et 138 et suivants de la loi du 14 juillet 1994 permettent déjà de poursuivre de tels comportements ; qu'un membre de la Commission nationale dento-mutualiste contestait déjà la pertinence de la mesure ; que les mesures attaquées ne permettent pas d'atteindre les objectifs poursuivis et ne sont pas en lien immédiat avec ceux-ci ; que l'acte attaqué portera une atteinte disproportionnée à la liberté diagnostique et thérapeutique du dentiste et une atteinte

disproportionnée aux droits du patient ; que le praticien sachant avoir atteint le seuil de 200 P refusera de prodiguer les soins à ses patients ; que l'article 53 de la loi du 14 juillet 1994 impose aux dentistes de remettre l'attestation de soins donnés, de sorte qu'ils ne pourraient pas effectuer les soins tout en refusant de remettre celle-ci, sous peine d'amende ; que, contrairement à ce que laisse entendre le rapport au Roi, il n'y avait pas de consensus au sein des partenaires siégeant à l'INAMI sur la mesure ; qu'il a d'ailleurs fallu deux votes au sein de la Commission nationale dento-mutualiste ; que le caractère élevé du seuil est donc à relativiser ; que les mesures sont disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi ; qu'elles ne participent pas à l'amélioration de la qualité des soins et ont des désavantages pécuniaires et autres (atteinte à la liberté diagnostique thérapeutique) ; que la mesure fait peser une charge démesurée sur les prestataires de soins puisqu'ils doivent rembourser l'ensemble des prestations et pas seulement celles qui dépassent le seuil de 200 P ; et que ce montant est d'autant plus disproportionné que la période prise en compte peut être beaucoup longue que 30 jours.

1.4. Discussion

1. Les requérants considèrent, dans leur requête en annulation, que l'acte attaqué porte atteinte au droit de propriété dont ils disposent sur leurs honoraires.

Ils ajoutent, dans leur mémoire en réplique, que le Roi n'était en tout état de cause pas compétent pour adopter l'acte attaqué, qui ne se limite pas à modifier la nomenclature des prestations de santé.

2.a. Lors de l'adoption de l'acte attaqué, le 17 janvier 2013, l'article 35, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi du 14 juillet 1994 ne conférait pas expressément au Roi le pouvoir de déterminer les paramètres sur la base desquels Il peut limiter à un maximum le nombre des prestations pouvant être attestées au cours d'une période de référence déterminée. Cette disposition prévoyait, en effet, que la *« nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles. Le cas échéant, des tarifs différents peuvent être appliqués pour une même prestation selon que le dispensateur de soins réponde ou non à des conditions supplémentaires, autres que celles relatives à la qualification, telles que prévues dans la nomenclature. »*

Ce n'est que par la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I), entrée en vigueur le 8 avril 2013, que le Roi s'est vu attribué le pouvoir de *« déterminer dans la nomenclature les paramètres sur la base desquels il peut limiter à un maximum le nombre des prestations pouvant être attestées au cours d'une période de référence déterminée »*.

b. Cela étant, dès lors que l'acte attaqué a pour objet de fixer des règles d'application de la nomenclature – fût-ce par une règle applicable à toutes les prestations pouvant être attestées – le Roi est resté dans les limites que le législateur a mis à Son intervention.

Le texte de l'article 35, § 1^{er}, alinéa 2, de la loi coordonnée ne limite pas les règles d'application à des règles techniques.

Le fait que le législateur a expressément conféré un tel pouvoir au Roi par la suite ne permet pas de considérer qu'Il n'en disposait pas déjà antérieurement.

c. Le Roi était donc bien compétent pour adopter l'acte attaqué.

3.a. Le Conseil d'Etat a jugé, dans son arrêt n° 102.422 du 8 janvier 2002, *« que ni l'article 16 de la Constitution, ni l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés »*

fondamentales ni les articles 9 à 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, fait à New-York le 19 décembre 1966, ne font obstacle à ce que l'usage des biens soit réglementé à des fins d'intérêt général».³²

On peut également lire, dans son arrêt n° 105.838 du 24 avril 2002, « *que le requérant n'établit pas et que le Conseil d'Etat n'aperçoit pas en quoi la récupération totale ou partielle à charge du dispensateur de soins des dépenses de l'assurance soins de santé et indemnités pourrait équivaloir à une confiscation générale des biens, prohibée par l'article 17 de la Constitution, et relever, à ce titre, de la compétence exclusive des Cours et tribunaux sur la base de l'article 144 de la Constitution; que le requérant n'établit pas davantage en quoi la même récupération porterait atteinte au droit de propriété tel que garanti par l'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, lequel n'exclut nullement que les Etats mettent 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* ».³³

b. Comme le relève la partie adverse, l'intervention de l'assurance soins de santé n'a pas pour objectif d'assurer les revenus des praticiens, mais de rembourser au patient une partie du coût des soins qu'il a subis.

Il est toutefois exact que, lorsque le praticien accepte de recourir au système du tiers-payant, ce n'est pas le patient qui paye le montant de l'intervention de l'assurance soins de santé, mais ce sont les organismes assureurs qui le font. A leur égard, les praticiens disposent d'une créance protégée par l'article premier du protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme.

Ce droit peut néanmoins faire l'objet de restrictions.³⁴

c.α. L'acte attaqué impose aux praticiens de l'art dentaire qui auraient, sur une période de plus de 30 jours, attestés des prestations correspondant à une moyenne quotidienne de plus de 200 P à rembourser à l'INAMI le montant excédant cette moyenne de 200 P.

Il est justifié par le fait que, de l'accord des organismes assureurs et des représentants des prestataires de soins dentaires, il est impossible de réaliser correctement et régulièrement un nombre de prestations dépassant une certaine quantité chaque jour.

Un tel objectif, qui tend à la préservation de la qualité des soins dispensés aux patients et l'équilibre du budget des soins de santé, peut valablement justifier que des restrictions soient apportées au droit de propriété des prestataires de soins dentaires.

β. L'acte attaqué instaure un régime selon lequel c'est le comportement du prestataire de soins – qui ne peut donc prétendre ne pas être responsable de la restriction apportée à son droit – qui justifie que l'assurance soins de santé lui demande de rembourser la partie de l'intervention excédant la moyenne quotidienne de 200 P.

Il résulte également de l'exposé des faits que la fixation de ce seuil à 200 P fait suite à des discussions menées au sein d'organes associant des représentants des praticiens de l'art dentaire et

³² C.E., *A.S.B.L. Nouvelle Clinique de la Basilique*, n° 102.422, 8 janvier 2002.

³³ C.E., *Defalque*, n° 105.838, 24 avril 2002.

³⁴ La Cour de justice de l'Union européenne admet également que des restrictions soient apportées au droit de propriété garanti par le droit communautaire, au motif que « *ce droit n'est pas une prérogative absolue, mais qu'il doit être pris en considération par rapport à sa fonction dans la société. Des restrictions peuvent ainsi être apportées à l'usage de ce droit, à condition que celles-ci répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général et qu'elles ne constituent pas, au regard du but poursuivi, une intervention démesurée et intolérable qui porterait atteinte à la substance même du droit ainsi garanti (voir en ce sens, arrêt Križan e.a., précité, point 113 ainsi que jurisprudence citée)* » (C.J.U.E., arrêt du 13 février 2014, c-530/11, § 70).

de l'INAMI, discussions au cours desquelles le seuil est passé de 150 P à 200 P, et les requérants ne démontrent pas en quoi ce seuil serait manifestement déraisonnable.

De même, l'acte attaqué prévoit que la moyenne de 200 P quotidiens doit être dépassée sur une période d'au moins 30 jours, de sorte que le dépassement de ce seuil en quelques occasions n'est pas de nature à permettre au SECM de poursuivre le prestataire.

Par ailleurs, le prestataire de soins a la possibilité de différer la réalisation des prestations qui seraient susceptibles de le mener à excéder le seuil de 200 P sur la journée où il reçoit le patient.

La restriction est donc limitée et justifiée par le comportement du prestataire de soins.

Certes, l'acte attaqué ne prévoit pas, comme le souhaitaient certains représentants des dentistes au sein de la Commission nationale dento-mutualiste, que le SECM doive, outre le dépassement du seuil précité, que le SECM doive établir que les prestations en cause n'ont pas été effectuées ou ne l'ont pas été en conformité avec les règles spécifiques prévues pour chaque prestations par la nomenclature. Cet élément, qui touche à l'opportunité de la mesure, ne peut cependant être pris en compte par le Conseil d'Etat pour censurer l'acte attaqué.

2. Second moyen

2.1. Requête en annulation

Les requérants prennent un moyen, le second, de l'excès de pouvoir pour violation de la Constitution et de différents principes généraux de droit.

Ils indiquent, dans une première branche, que les articles 1 et 2 de l'acte attaqué violent le principe général du droit à la sécurité juridique ; que ce principe requiert que les normes claires et intelligibles et que l'environnement juridique soit stable et prévisible ; que l'article 2 laisse trop de questions ouvertes ; que, premièrement, il ne permet pas de déterminer si le SECM pourra se limiter au contrôle du seul respect des seuils ou s'il devra également vérifier si les soins ont été réalisés correctement ; que, deuxièmement, il n'est pas possible de déterminer si les « 30 jours » auxquels il fait référence sont consécutifs ou additionnés malgré des intervalles ; qu'en outre, cette période de « 30 jours » pourrait être choisie de façon arbitraire, alors que certaines périodes sont naturellement plus chargées (congé, orthodontie...) ; que, troisièmement, il n'est pas possible de déterminer, d'une part, si la sanction applicable en cas de dépassement du seuil de 200 P concernera toutes les prestations attestées durant les 30 jours ou uniquement celles dépassant les 200 P les jours considérés ni, d'autre part, si le rattrapage porterait sur les prestations effectuées en-dehors de ces périodes de 30 jours.

Ils avancent, dans une deuxième branche, que les articles 1 et 2 de l'acte attaqué violent les articles 10 et 11 de la Constitution et le principe de l'interdiction de l'arbitraire ; qu'il apparaît que la valeur de P a été déterminée par l'imputation, pour chaque prestation, d'une sous-valeur « travail » et d'une sous-valeur « matériel » ; que, par exemple, l'obturation a été valorisée à concurrence de 80 % de travail et 20 % de matériel, le ratio étant alors de 0,8 ; que la consultation ou l'examen buccal annuel a été valorisé à concurrence de 100 % de travail et de 0 % de matériel, le ratio étant de 1 ; que le ratio attribué à la sous-valeur-travail a ensuite été appliqué au taux des honoraires de l'INAMI de 2010, puis divisé par 6,98, étant la plus petite valeur d'honoraire dentaire, et enfin arrondi à l'unité la plus proche pour donner la valeur en points P de la prestation ; que la formule mathématique permettant de calculer P est donc $P = (\text{taux 2010} \times R) / 6,98$; que, cependant, les différentes valeurs de cette équation ont été fixées de façon

arbitraire et sans tenir compte des différences existant entre les praticiens ; que, d'une part, ce calcul retient le seul montant officiel des honoraires INAMI (conventionné), sans tenir compte du fait que certains dentistes et principalement ceux travaillant en dentisterie sociale, ne réclament pas le ticket modérateur, ce qui est autorisé par la loi ; que, d'autre part, pour de nombreuses prestations, le calcul considère qu'il n'y a aucun frais de personnel ou des frais minimes ; que, pourtant, dans certains cabinets, les frais de secrétariat, des logisticiens et des instrumentistes est très élevé ; qu'il est donc inexact de retenir un ratio de 1 pour une série de prestations ; que ce calcul revient à surévaluer le chiffre d'affaires et à sous-évaluer les frais des dentistes ; qu'en outre, un dentiste travaillant avec un important personnel d'assistance pourra voir plus de patients et réaliser plus de prestations qu'un dentiste travaillant seul ; et que les dispositions attaquées ne tiennent aucunement compte de ces distinctions entre les différents dentistes.

Ils soutiennent, dans une troisième branche, que les mesures attaquées violent les articles 10 et 11 de la Constitution en créant des discriminations injustifiées entre les différents patients ; qu'elles ont pour effet qu'au-delà de 200 P quotidiens, les dentistes refuseront de soigner les patients dès lors que l'assurance soins de santé n'interviendra plus ; et que des patients se trouvant dans la même situation ne pourront bénéficier, chez le même praticien, du même régime, risquant donc de se voir refuser des soins sans pouvoir les obtenir aux mêmes conditions auprès d'un autre praticien.

Ils relèvent, dans une quatrième branche, que les mesures attaquées violent les articles 10 et 11 de la Constitution en créant une discrimination entre les dentistes qui tirent leurs revenus des honoraires de l'INAMI et ceux qui effectuent des prestations non remboursées par l'assurance soins de santé ; et que, si l'objectif est de viser à la préservation d'une qualité minimale des prestations effectuées, il n'y a pas de raison de limiter la mesure aux seuls dentistes réalisant des prestations remboursées.

Ils considèrent, dans une cinquième branche, que les articles 1 et 2 de l'acte attaqué violent l'article 23 de la Constitution, qui garantit le droit à la sécurité sociale et à l'aide médicale ; que l'introduction d'une limitation de l'intervention de l'assurance soins de santé amènera les dentistes à refuser de soigner certains patients alors qu'ils en auraient besoin de manière tout à fait légitime ; et que l'acte attaqué porte donc atteinte à la continuité des soins, au choix du thérapeute ainsi qu'au droit d'être soigné en cas d'urgence médicale garantis par l'article 23 de la Constitution.

Ils estiment, dans une sixième branche, que les articles 1 et 2 de l'acte attaqué violent les principes du raisonnable et de proportionnalité ; que l'acte attaqué est motivé par le fait que les revenus perçus par certaines praticiens démontreraient qu'ils n'effectuent pas ou pas correctement les prestations attestées ; que cette affirmation n'est ni explicitée ni étayée ; qu'un lien raisonnable de cause à effet doit exister entre les motifs et la décision ; que les motifs doivent ressortir du dossier, *quod non* ; que le raisonnement fondant une décision doit pouvoir être décelé et sa logique analysée ; et qu'il est disproportionné et déraisonnable, sur la base des motifs avancés, de limiter l'intervention de l'assurance soins de santé sans tenir compte des justifications tenant à la réalité et à la qualité des soins attestés, notamment en raison de l'existence d'une assistance importante par du personnel qualifié.

2.2. Mémoire en réponse

La partie adverse répond, quant à la première branche, que la norme de comportement est connue à l'avance puisqu'il s'agit du seuil de 200 P de moyenne journalière sur une période de 30 jours comportant au moins 6 prestations portées en compte à l'assurance maladie-invalidité par

jour ; que le facteur P est repris pour chaque acte ; que les modalités de constatation de l'infractions sont connues puisqu'il s'agit d'un constat opéré lors d'un contrôle de conformité dans le respect des règles visées aux articles 142 et suivants de la loi du 14 juillet 1994 ; qu'il ne peut être soutenu que le contenu de la norme n'est pas prévisible et accessible à un degré raisonnable ; que la Cour constitutionnelle a ainsi jugé, dans son arrêt n° 114/2007 du 19 septembre 2007, que « [le] principe [de sécurité juridique] ne pourrait, en effet, aller jusqu'à exiger que le montant des contributions versées par chaque firme pharmaceutique soit déterminé *in concreto* avant même de connaître l'importance du déficit qui justifie le prélèvement effectué par l'INAMI de sommes mises à sa disposition dans le fonds provisionnel » ; que, dans son arrêt n° 60/2010 du 27 mai 2010, la Cour constitutionnelle a admis que l'intervention de la sécurité sociale pour des prestations données n'est pas déterminée à l'avance en considération d'un acte donné, mais au contraire a posteriori d'un forfait par pathologie ; que le principe de sécurité juridique n'impose pas que le montant précis de l'intervention de l'assurance soins de santé ou que la hauteur précise de la récupération qui sera effectivement exigée soit connu à l'avance ; que, par la mesure querellée, le prestataire sait la quantité de prestations qu'il peut porter en compte ; qu'il sait donc comment adapter son comportement à la norme ; qu'il sait que le contrôle du respect de la norme s'opère selon la procédure générale mise en œuvre pour le contrôle du respect de la loi ; qu'il sait que les prestations portées en compte au-delà dudit seuil ne peuvent être portées en compte et sont susceptible de justifier une récupération ; et que le contenu du droit est donc prévisible et accessible à un degré raisonnable comme l'exige la Cour constitutionnelle, spécifiquement au regard du considérant de l'arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993 selon lequel « *Un système qui transforme une intervention illimitée en intervention provisoire dont le montant définitif est limitée, n'est pas une privation de propriété, quelle que soit sa mise en œuvre concrète* ».

Elle répond, quant à la deuxième branche, qu'elle est irrecevable dès lors que les requérants n'apportent aucun élément de nature à prouver une quelconque discrimination ; qu'ils n'apportent aucun élément tangible permettant de conclure qu'une distinction devrait être opérée entre les dentistes réclamant ou non le ticket modérateur, ceux facturant ou non des frais de secrétariat, de logisticiens, d'instrumentistes... ; que les discriminations dénoncées par les requérants ne font par ailleurs l'objet d'aucun développement ; que les requérants partent du postulat erroné selon lequel l'intervention de la sécurité sociale constituerait un revenu que leur consent l'Etat, alors qu'il s'agit d'un montant accordé à un malade pour un soin donné, répondant à des normes de qualité données et à des conditions données ; que dans cette perspective, la nomenclature ne fixe pas de montants distincts selon que le prestataire de soins occupe ou non du personnel, qu'il loue un immeuble de standing... ; que les requérants ne démontrent pas en quoi les objectifs poursuivis par la sécurité sociale imposerait à la partie adverse de prendre en compte les critères qu'ils invoquent ; que les requérants substituent leur appréciation à celle des pouvoirs publics, sans tenter d'en démontrer le caractère manifestement déraisonnable ; qu'il est admis que les pouvoirs publics disposent d'un large pouvoir d'appréciation dans la définition des politiques de sécurité sociale, qui ne peut être sanctionné que pour cause d'erreur manifeste d'appréciation ; que les valeurs des coefficients P et R ne sont pas arbitraires mais sont le fruit de l'évaluation opérée par des professionnels, notamment des dentistes au sein de la Commission nationale dento-mutualiste et du Conseil technique de l'art dentaire ; qu'elles ont été édictées en se fondant sur des travaux de recherche universitaires ; et que les valeurs sont d'autant moins arbitraires que les seuils sont volontairement très élevés, de manière à ne viser qu'une tranche minoritaire de la profession.

Elle répond, quant à la troisième branche, qu'elle est irrecevable dès lors que les requérants ne sont pas garants de l'intérêt général ou de celui des patients qu'ils soignent ; qu'en outre, les patients pourraient bénéficier des soins chez un autre praticien, tout en bénéficiant de l'intervention de la sécurité sociale ; que, par ailleurs, c'est bien l'intérêt des patients à obtenir des soins de qualité qui justifie l'adoption de l'acte attaqué ; et que le risque avancé par les requérants

ne se réalise donc pas par la mise en œuvre de l'acte attaqué, mais par le choix délibéré du praticien de ne pas s'y conformer.

Elle répond, quant à la quatrième branche, que l'acte attaqué a pour objet de modifier la nomenclature ; que l'intervention de la sécurité sociale n'est pas un revenu au profit des prestataires de soins, de sorte que la mesure querellée ne limite pas les honoraires de quiconque mais uniquement l'intervention publique pour des prestations de soins ; qu'il est par ailleurs évident qu'une mesure de sécurité sociale a pour objet de modifier l'intervention de la sécurité sociale ; que le salaire des prestataires de soins est indifférent à la sécurité sociale ; et que les situations comparées par les requérantes ne sont pas comparables.

Elle répond, quant à la cinquième branche, qu'elle est irrecevable pour les mêmes motifs que ceux justifiant l'irrecevabilité de la troisième branche ; que les dispositions ne méconnaissent pas le principe du libre choix du praticien comme l'a jugé le Conseil d'Etat dans son arrêt n° 206.604 du 3 juin 2010 en indiquant que le libre choix du patient et la liberté thérapeutique concernent la prestation et non la possibilité ou non de porter cette prestation en compte de la sécurité sociale ; qu'elles ne méconnaissent pas le principe de la continuité des soins et d'assistance en cas d'urgence dès lors, d'une part, qu'ils sont applicables indépendamment de la manière dont les soins sont portés en compte et, d'autre part, que les suppléments d'urgence ne sont pas visés par la mesure querellée puisque le coefficient P qui leur est attribué est de 1, à savoir un chiffre neutre puisque la multiplication d'un montant (la prestation) par ce coefficient (l'urgence) aboutit à ce même montant.

Elle répond, quant à la sixième branche, que la mesure n'est pas illégale par le fait que les requérants n'en partagent pas la logique ; qu'il est par ailleurs erroné de soutenir que la mesure est disproportionnée et déraisonnable ; qu'en effet, le rapport au Roi fait apparaître que la règle a été adoptée suite à un constat consensuel (donc aussi par des dentistes) sur les revenus irréalistes de certains praticiens ; que la justification d'une assistance importante par du personnel qualifié ne peut convaincre et n'est pas étayée ; que l'acte querellé concerne les prestations visées à l'article 5 de la nomenclature, qui doivent être effectuées par les titulaires d'un diplôme de l'art dentaire ; que l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé ne reconnaît d'ailleurs pas les assistants dentaires ; que les assistants dentaires ne peuvent donc effectuer aucune prestation ressortant des soins de santé, un tel acte ne pouvant être couvert par les codes visés à l'article 5 ; et que les requérants ne démontrent pas la justification du dépassement du seuil qui pourrait résulter du recours à du personnel d'assistance.

2.3. Mémoire en réplique

Les requérants répliquent, quant à la première branche, que le principe de la sécurité juridique interdit de porter atteinte sans justification objective et raisonnable à l'intérêt que possèdent les sujets de droit à se trouver en mesure de prévoir les conséquences juridiques de leurs actes ; que le Conseil d'Etat a rappelé ce principe en matière de nomenclature des prestations de santé ; que la Cour européenne des droits de l'homme a admis que le principe de sécurité juridique s'opposait à ce qu'un revirement de jurisprudence aboutisse à sanctionner un comportement antérieurement jugé comme régulier ; qu'une loi floue ne peut fonder une ingérence dans le droit de propriété ; que l'article 2 est formulé avec trop peu de précision pour permettre aux personnes concernées de prévoir les conséquences pouvant résulter d'un acte déterminé et de régler leur conduite ; que de nombreuses questions restent ouvertes ; qu'ainsi l'étendue du contrôle exercé par le SECM n'est pas définie, ce qui était déjà soulevé lors des débats au sein de la Commission nationale dento-mutualiste ; que le Ministre de la Santé Publique n'a pas apporté de réponse aux interrogations sur le champ d'application et les sanctions de la phrase insérée dans l'article 35 de

la loi coordonnée par la loi du 19 mars 2013 ; que la période de 30 jours est insuffisamment précise (consécutifs, périodes particulières, quel est le maximum ?) ; et qu'aucune précision n'est apportée sur le montant récupérable en cas de dépassement du seuil de 200 P (tout ou seulement l'excédent, les 30 jours ou plus ?) ; et qu'étant inapplicable, l'acte attaqué contrevient au principe de sécurité juridique.

Ils répliquent, quant à la deuxième branche, que l'acte attaqué traite tous les dentistes de la même manière, sans tenir compte de leurs situations distinctes en terme d'assistance ; que le coefficient P n'est pas valablement calculé pour les dentistes ayant une forte assistance ; que grâce à cette assistance, qu'ils ne facturent pas, les dentistes peuvent voir beaucoup plus de patients et effectuer plus de prestations qu'un dentiste travaillant seul ; que la valeur « matériel » est donc bien plus importante pour les dentistes travaillant dans de grosses structures, de sorte que, si la valeur des prestations avait été calculée en tenant compte de cette manière de travailler, le coefficient P serait moins élevé et le seuil quotidien de 200 P serait moins facilement atteint ; qu'il serait normal de permettre à ces dentistes d'expliquer pour quoi leur infrastructure leur permet de dépasser le seuil de 200 P tout en réalisant effectivement des prestations de qualité ; que l'acte attaqué ne le permet pas et crée donc une discrimination entre les différents dentistes puisqu'il prive de l'intervention de l'assurance soins de santé des dentistes ayant effectué des prestations en toute légalité ; qu'en outre, cette discrimination est disproportionnée et déraisonnable par rapport à l'objectif poursuivi ; que la politique de l'INAMI ces dernières années a réservé les remboursements des diverses thérapies hospitalières aux hôpitaux pouvant justifier d'une pratique suffisante pour générer l'expérience du praticien et la qualité du plateau technique ; qu'une quantité suffisante d'actes permet de financer les outils les plus performants qui permettent d'augmenter la quantité des actes et la qualité des soins (radiographies plus rapides, polymérisation plus rapide, mise en forme des racines plus rapide, meilleure hygiène...) ; que l'assistance d'un secrétariat et d'une assistance dentaire permet d'éviter de perdre du temps à d'autres tâches ; et que la question de l'incidence de l'aide d'un assistant a été soulevé lors des travaux préparatoires de la loi du 19 mars 2013 et le Ministre a répondu que les paramètres seraient établis sur une base objective, suite à une discussion dans les organes de concertation, alors même que l'acte attaqué avait déjà été adopté.

Ils répliquent, quant à la troisième branche, que la liberté diagnostique et thérapeutique est garantie par l'article 11, § 1^{er}, alinéas 1 et 2, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 et par l'article 73 de la loi du 14 juillet 1994 ; qu'un arrêté royal ne pourrait porter atteinte à un droit garanti par une loi ; que l'acte attaqué a pour effet d'interdire au dentiste de réaliser des prestations remboursables qu'il estime nécessaire sur le plan médical si ces prestations ont pour effet de lui faire dépasser la limite moyenne journalière de 200 P même si les autres conditions de remboursement sont remplies ; que la liberté diagnostique est donc bien violée ; que cette limitation va également créer des distinctions entre les patients puisque certains risquent de se voir refuser des soins par un dentiste déterminé.

Ils répliquent, quant à la quatrième branche, que le Conseil d'Etat a confirmé que la liberté d'exercer une activité professionnelle implique la faculté d'organiser un négoce avec les moyens et selon les modes de son choix ; que cette liberté permet au dentiste de choisir le type de prestations ou la catégorie de patients qu'il souhaite privilégier ; que le requérant a choisi d'axer sa pratique sur les prestations remboursables, auxquelles la partie adverse a estimé qu'il fallait favoriser l'accès universel ; que les requérants qui contribuent à permettre l'accès à des prestations de première nécessité au plus grand nombre peuvent être qualifiés de dentistes « sociaux » ; que d'autres dentistes préfèrent axer leur pratique sur des prestations non remboursables mais très rémunératrices et moins indispensables ; que la partie adverse les traite de manière différente puisque seuls les premiers sont susceptibles d'être affectés par l'acte attaqué puisqu'il ne tient

compte que des prestations portées en compte à l'assurance soins de santé ; que, toutefois, au regard de l'objectif de protection de la qualité des soins, il n'est pas cohérent de ne limiter les honoraires et les prestations que des seuls dentistes qui réalisent des prestations remboursées sans prendre en considération le travail effectué en-dehors de l'intervention de l'assurance soins de santé ; que ce n'est pas parce qu'un dentiste pratique une dentisterie de luxe qu'il ne peut pas accumuler des prestations d'une manière préjudiciable à la qualité des soins ; qu'il est erroné de soutenir que la limitation de l'intervention de l'assurance soins de santé ne limiterait pas les honoraires des praticiens, qu'en effet, dans le régime du tiers-payant, les remboursements obtenus de l'assurance soins de santé ont valeur de contrepartie pour les prestations de santé fournies ; que les montants perçus par les dentistes constituent l'indemnisation des services fournis ; et que, qu'il s'agisse de dentistes sociaux ou de dentistes pratiquant des prestations non remboursables, il s'agit dans les deux cas de praticiens de l'art dentaire fournissant des prestations dans le respect de la qualité des soins, qui sont donc comparables.

Ils répliquent, quant à la cinquième branche, que l'article 23 de la Constitution a un effet *standstill* en vertu duquel les pouvoirs publics ne peuvent plus reculer de manière significative ou sensible le niveau de protection offert ; que l'acte attaqué opère un recul significatif ou sensible dans la protection du droit à la santé ; que la nomenclature constitue une forme de mise en œuvre du droit à la santé et du droit à la sécurité sociale ; que l'acte attaqué supprime le caractère remboursable de toutes les prestations de dentisterie en cas de dépassement du seuil de 200 P ; qu'il en résulte que les praticiens pourraient refuser de soigner certains patients alors qu'ils en auraient besoin ; et que l'acte attaqué méconnaît donc les droits des patients à la continuité des soins, au choix de leur thérapeute et à être soignés en cas d'urgence médicale.

Ils répliquent, quant à la sixième branche, que, dans le cadre des travaux préparatoires de la loi du 19 mars 2013, un député a indiqué qu'il n'est pas pertinent de poursuivre les abus en ne se fondant que sur le nombre des prestations accomplies ; qu'il ressort du dossier administratif que le SECM ne dispose pas des moyens de faire condamner les auteurs d'abus en raison de la difficulté d'apporter la preuve des manquements ; que l'acte attaqué crée donc une présomption de fraude lorsque le plafond fixé est dépassé ; que les mesures attaquées sont donc constitutives de sanctions et opèrent un renversement de la charge de la preuve ; que ces mesures n'ont pas leur place dans la nomenclature et sont disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi ; que la recherche des fraudes sociales ne peut se faire au mépris des droits élémentaires des dentistes en la matière ; que, contrairement à ce que soutient la partie adverse, il n'existe aucun consensus sur la mesure querellée ; que ce n'est qu'après un deuxième vote que la Commission nationale dento-mutualiste a adopté le texte ; qu'un membre du Comité de l'assurance a indiqué qu'il s'agissait d'une décision incompréhensible de ses collègues et qu'il y a deux tendances ; qu'il est disproportionné, sur la base des motifs avancés, de limiter l'intervention de l'assurance soins de santé sur la base de critères arbitraires et sans tenir compte des justifications des dentistes quant à la réalité et la qualité des prestations effectuées ; et qu'il a été démontré que le dentiste travaillant avec du matériel de haute technologie et une assistance diverse peut fortement augmenter sa productivité sans qu'il s'agisse de fraude ou de mauvaise qualité des soins.

2.4. Discussion

2.4.1. Quant à la première branche

1. Selon les requérants, l'acte attaqué viole le principe de sécurité juridique dès lors qu'il ne permet pas de déterminer un certain nombre d'éléments tenant à son application.

2. Le texte de l'acte attaqué et son insertion dans la nomenclature des prestations de santé permet de considérer que le simple non-respect des conditions qu'il édicte justifiera l'application de l'article 73bis, 2°, de la loi coordonnée.

Le grief n'est donc pas fondé.

3.a. Dès lors que le non-respect de l'acte attaqué constitue une infraction susceptible de faire l'objet d'une amende administrative, les praticiens peuvent se prévaloir du principe de sécurité juridique, dont le principe de légalité constitue une facette.³⁵

La Cour constitutionnelle a, dans son arrêt n° 40/2009 du 11 mars 2009, défini le principe de légalité en matière pénale comme suit :

« B.18.1. Le principe de légalité en matière pénale procède de l'idée que la loi pénale doit être formulée en des termes qui permettent à chacun de savoir, au moment où il adopte un comportement, si celui-ci est ou non punissable. Il exige que le législateur indique, en des termes suffisamment précis, clairs et offrant la sécurité juridique, quels faits sont sanctionnés, afin, d'une part, que celui qui adopte un comportement puisse évaluer préalablement, de manière satisfaisante, quelle sera la conséquence pénale de ce comportement et afin, d'autre part, que ne soit pas laissé au juge un trop grand pouvoir d'appréciation.

Toutefois, le principe de légalité en matière pénale n'empêche pas que la loi attribue un pouvoir d'appréciation au juge. Il faut en effet tenir compte du caractère de généralité des lois, de la diversité des situations auxquelles elles s'appliquent et de l'évolution des comportements qu'elles répriment.

La condition qu'une infraction doit être clairement définie par la loi se trouve remplie lorsque le justiciable peut savoir, à partir du libellé de la disposition pertinente et, au besoin, à l'aide de son interprétation par les juridictions, quels actes et omissions engagent sa responsabilité pénale.

B.18.2. Ce n'est qu'en examinant une disposition pénale spécifique qu'il est possible, en tenant compte des éléments propres aux infractions qu'elle entend réprimer, de déterminer si les termes généraux utilisés par le législateur sont à ce point vagues qu'ils méconnaîtraient le principe de légalité en matière pénale. »

b. Comme l'indiquent les requérants, en n'encadrant aucunement la manière dont la période de 30 jours doit être calculée, l'acte attaqué crée une incertitude juridique pour les praticiens.

En effet, s'il est aisé de déterminer si la moyenne de 200 P a été dépassée sur une période de 30 jours consécutifs, il l'est beaucoup moins sur une période plus longue, entrecoupée de périodes au cours desquelles sont attestées des prestations auxquelles moins de 200 P sont attachés (par exemple 20 jours avec 210 P par jour, puis 10 jours avec 150 P par jour, puis 20 jours avec moins de 6 prestations, puis 25 jours avec 220 P, soit 11.200 sur 55 jours). L'acte attaqué ne permet pas de déterminer si, dans un cas comme celui-là, le délai de minimum 30 jours pourra être limité aux 20 jours avec 210 P auxquels sont ajoutés les 25 jours avec 220 P, soit 9700 sur 45 jours, soit une moyenne quotidienne de 215,55 P ou si, au contraire, il devra inclure tous les jours où plus de 6 prestations ont été attestées entre un moment X et un moment Y, choisis par le SECM, ce qui dans le cas d'espèce exposé ci-dessus amènerait à une moyenne quotidienne de P de 203,63 P.³⁶

Ce grief est donc fondé.

³⁵ Sur l'application et la portée de ce principe en matière de sanctions administratives, voy. notamment : C.E., *société de droit irlandais Air Contractors Limited*, n° 226.720, 12 mars 2014.

³⁶ Plus la période à prendre en considération sera longue, plus le risque d'excéder la moyenne journalière de 200 P à raison d'une très forte activité concentrée sur quelques jours sera limité. En effet, si par exemple un praticien atteste des prestations correspondant à 6010 P sur une période de 30 jours, soit plus de 200 P par jour, il suffira que la période prise en considération soit portée à 31 jours pour que la moyenne de 200 P ne soit pas atteinte.

4. Ainsi qu'il ressort des discussions qui ont précédé l'adoption de l'acte attaqué, dès lors que c'est le dépassement d'une moyenne de 200 P quotidiens sur une période d'au moins 30 jours qui constitue la condition pour que l'intervention de l'assurance soins de santé soit supprimée, c'est uniquement la valeur moyenne du dépassement qui devra être remboursée.

Le grief n'est donc pas fondé.

5. La première branche est donc fondée pour le grief retenu comme tel.

2.4.2. Quant à la deuxième branche

1. Les requérants estiment que la valeur P attribuée à chaque prestation l'a été de manière arbitraire.

2. Comme le relève la partie adverse, aucune règle de droit n'impose au Roi, lorsqu'il fixe les règles de la nomenclature des prestations de santé, de prendre en compte la manière dont les praticiens organisent leur activité.

En l'absence d'élément permettant de conclure qu'il serait entaché d'une erreur manifeste d'appréciation, ce que les requérants n'établissent pas, il n'appartient pas au Conseil d'Etat de censurer le choix opéré par le Roi de fixer une valeur identique pour chaque prestation, indépendamment de l'organisation donnée par chaque prestataire de soins à son activité.

3. Le dossier administratif permet de comprendre la manière dont le coefficient P a été attribué à chaque prestation, à savoir en attribuant un pourcentage à la « prestation » et pourcentage « matériel » à chacune de celle-ci.

Par contre, la manière dont le pourcentage attribué à chacune des sous-valeurs « prestation » et « matériel » ne ressort pas du dossier administratif.

Il n'est donc pas possible d'exercer un contrôle sur la légalité du choix opéré par le Roi et ce grief est fondé.

4. La deuxième branche est donc fondée pour le grief retenu comme tel.

2.4.3. Quant à la troisième branche

1. Les requérants estiment, dans la requête en annulation, que l'acte attaqué viole les articles 10 et 11 de la Constitution puisque les dentistes refuseront de soigner les patients lorsqu'ils atteindront le seuil quotidien de 200 P.

Ils ajoutent, dans le mémoire en réplique, que l'acte attaqué porte également atteinte à la liberté diagnostique et thérapeutique.

2. L'acte attaqué n'empêche pas les praticiens de l'art dentaire de prodiguer les soins dont ont besoin leurs patients, mais se limite à définir les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient.

Si le praticien sait être sur le point d'atteindre le seuil de 200 P, il lui est loisible de différer ces soins à un autre jour ou de renvoyer le patient vers un confrère.

Par ailleurs, vu le très haut niveau du seuil moyen quotidien retenu par l'acte attaqué, la situation dénoncée par le moyen ne devrait pas se produire un nombre de fois tel qu'il serait impossible au praticien de différer les soins à prodiguer à son patient.

Les effets de la mesure ne sont donc pas disproportionnés pour les patients.

3. En tant qu'il invoque la violation de la liberté diagnostique et thérapeutique, le moyen est nouveau et, ne touchant pas à l'ordre public, irrecevable.

4. La troisième branche ne peut donc mener à l'annulation de l'acte attaqué.

2.4.4. Quant à la quatrième branche

1. Les requérants considèrent que l'acte attaqué viole le principe d'égalité et de non-discrimination dès lors qu'il traite de manière différente les dentistes qui effectuent des prestations remboursables et ceux qui effectuent d'autres prestations.

2. Dès lors que l'acte attaqué trouve son fondement dans l'article 35 de la loi du 14 juillet 1994, il est normal que la partie adverse prenne en compte le caractère attestable ou non des prestations pour fixer le maximum ne pouvant être dépassé.

On voit d'ailleurs mal comment les services de l'INAMI pourraient contrôler le nombre de prestations effectuées par des praticiens n'établissant pas d'attestations de soins donnés pour les prestations non attestables.

Ce critère est objectif et permet de justifier l'adoption de l'acte attaqué.

Le fait que la qualité des soins prodigués par un praticien puisse également diminuer si celui-ci a effectué de très nombreuses prestations non attestables le même jour n'empêche pas que la partie adverse a pu, pour fixer les conditions d'application de la nomenclature, tenir compte des seules prestations attestées.

3. La quatrième branche n'est donc pas fondée.

2.4.5. Quant à la cinquième branche

1. Les requérants estiment que l'acte attaqué viole l'article 23 de la Constitution du fait de la régression des droits des patients.

2. Appelé à se prononcer sur de la loi du 27 avril 2005 relative à la maîtrise du budget des soins de santé et portant diverses dispositions en matière de santé, la Cour constitutionnelle a, par son arrêt n° 139/2006 du 14 septembre 2006, jugé ce qui suit :

« B.17. Les parties requérantes dans l'affaire n° 3784 estiment que les dispositions entreprises porteraient atteinte au droit pour les patients d'accéder aux examens effectués par un scanner PET, ce qui violerait la garantie de standstill mentionnée à l'article 23 de la Constitution.

B.18. Les dispositions attaquées qui limitent le nombre de scanners PET que l'on peut exploiter dans les hôpitaux ne portent pas atteinte au droit des patients d'y avoir recours s'ils en ont besoin - ces dispositions ayant au demeurant prévu une répartition des hôpitaux qui peuvent exploiter ces appareils sur tout le territoire du Royaume -

ni à leur droit de voir les frais et les honoraires engendrés par les prestations effectuées par ces appareils couverts par l'assurance maladie-invalidité.

B.19. Le moyen ne peut être accueilli. »

Elle a jugé, dans son arrêt n° 135/2011 du 27 juillet 2011 que

« B.5.1. L'article 23 de la Constitution dispose que chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. A cette fin, les différents législateurs garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice. Ces droits comprennent notamment le droit à l'aide sociale. L'article 23 de la Constitution ne précise pas ce qu'impliquent ces droits dont seul le principe est exprimé, chaque législateur étant chargé de les garantir, conformément à l'alinéa 2 de cet article, en tenant compte des obligations correspondantes.

B.5.2. En matière d'aide sociale, l'article 23 de la Constitution contient une obligation de standstill qui interdit au législateur compétent de réduire significativement le niveau de protection, sans qu'existent pour ce faire des motifs d'intérêt général. »

Dans son arrêt n° 177/2013 du 19 décembre 2013, elle a jugé que *« L'article 23 de la Constitution implique, en ce qui concerne la protection de l'environnement, une obligation de standstill qui s'oppose à ce que le législateur compétent réduise sensiblement le niveau de protection offert par la législation en vigueur sans qu'existent pour ce faire des motifs liés à l'intérêt général. »*

b. Tout d'abord, comme indiqué ci-dessus, les patients continueront à être remboursés pour les soins qui leur sont dispensés.

A supposer que le prestataire de soins sache être sur le point d'excéder le seuil quotidien de 200 P, il lui est loisible de différer la dispensation des soins à un autre jour ou, s'il estime que les soins ne peuvent être différés, renvoyer son patient vers un confrère.

c. L'acte attaqué n'a donc pas pour effet de réduire significativement les droits des patients.

3. La cinquième branche n'est donc pas fondée.

2.4.6. Quant à la sixième branche

1. Les requérants considèrent que l'acte attaqué viole le principe du raisonnable dès lors qu'il n'existe pas de lien entre l'objectif poursuivi, assurer la qualité des soins, et la mesure adoptée, supprimer le remboursement au-delà d'un certain seuil.

2. Comme le relève la partie adverse, les requérants critiquent en réalité l'opportunité du choix fait par la partie adverse, au départ d'un constat consensuel – bien que pas unanime – des organismes assureurs et des représentants des praticiens de l'art dentaire, de la dispensation et l'attestation, par certains praticiens, de prestations non régulièrement ou non correctement effectuées, de supprimer l'intervention de l'assurance soins de santé, à charge de ces praticiens, au-delà d'un seuil fixé particulièrement haut.

Il n'appartient pas au Conseil d'Etat d'exercer un tel contrôle et les requérants n'établissent pas en quoi la mesure serait manifestement déraisonnable.

3. La sixième branche n'est donc pas fondée.

VII. CONCLUSIONS

1. Il convient d'appeler à une même audience les affaires enrôlées sous les références G/A 208.397/VI-19.941 et G/A 208.546/VI-19.953.
2. Il y a lieu d'annuler l'arrêté royal du 17 janvier 2013 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnité.
3. Le rapport sera d'abord communiqué à la partie adverse, puis aux parties requérantes.

Denis Delvax
Auditeur