

---

## MEMOIRE

---

**POUR:** L'Etat belge, représenté par la Ministre des Affaires Sociales et de la Santé Publique, dont le cabinet est établi à 1000 Bruxelles, Rue Ducale, n° 59-61

**PARTIE ADVERSE**

Représentée par Maîtres Pierre Slegers et Bruno Fonteyn, dont le cabinet est établi chaussée de La Hulpe 178, à (1170) Bruxelles, chez qui il est fait élection de domicile ;

**CONTRE:** 1) Monsieur **David Hazkevitch**, domicilié à 1080 Bruxelles, Bd Edmond Machtens, 81/1 ;  
2) La **SPRL Dental Clinics**, inscrite à la BCE sous le numéro d'entreprise 0877.037.673, dont le siège social est situé à 1090 Bruxelles, Clos Jecta, 7

**PARTIES REQUÉRANTES**

Ayant pour conseils Maître Michel Kaiser et Maître Emmanuel Gourdin, avocats, dont le cabinet est établi à 1040 Bruxelles, Bd Louis Schmidt, 56.

A MESDAMES ET MESSIEURS LES PREMIER PRÉSIDENT, PRÉSIDENTS DE CHAMBRE ET  
CONSEILLERS DU CONSEIL D'ÉTAT.

Mesdames,  
Messieurs,

La partie adverse a l'honneur de vous transmettre son mémoire dans le cadre de la requête introduite, en vue de solliciter l'annulation de 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 indemnités, publié au Moniteur belge du 31 janvier 2013.

La requête a été notifiée à la partie adverse en annexe d'un courrier du greffe du Conseil d'État du 25 avril 2013. Ce mémoire est recevable *ratione temporis*.

## TABLE DES MATIERES

|          |  |                                     |
|----------|--|-------------------------------------|
| <b>1</b> | <b>Contexte juridique et factuel</b> .....       | <b>4</b>                            |
| <b>2</b> | <b>non-fondement</b> .....                       | <b>6</b>                            |
| 2.1      | <i>Premier moyen</i> .....                       | 6                                   |
| 2.1.1    | Rappel du moyen .....                            | 6                                   |
| 2.1.2    | Réfutation.....                                  | 7                                   |
| 2.1.2.1  | Première branche .....                           | 7                                   |
| 2.1.2.2  | Deuxième branche.....                            | 8                                   |
| 2.1.2.3  | Troisième branche .....                          | 11                                  |
| 2.2      | <i>Deuxième moyen</i> .....                      | 13                                  |
| 2.2.1    | Rappel du moyen .....                            | 13                                  |
| 2.2.2    | Réfutation.....                                  | 14                                  |
| 2.2.2.1  | Observation préalable .....                      | <b>Error! Bookmark not defined.</b> |
| 2.2.2.2  | Première branche .....                           | 14                                  |
| 2.2.2.3  | Deuxième branche.....                            | 16                                  |
| 2.2.2.4  | Troisième branche .....                          | 17                                  |
| 2.2.2.5  | Quatrième branche .....                          | 18                                  |
| 2.2.2.6  | Cinquième branche.....                           | 19                                  |
| 2.2.2.7  | Sixième branche .....                            | 19                                  |
| 2.3      | <i>Troisième moyen</i> .....                     | 24                                  |
| 2.3.1    | Rappel du moyen .....                            | 24                                  |
| 2.3.2    | Irrecevabilité du moyen.....                     | 25                                  |
| 2.3.3    | Réfutation.....                                  | 25                                  |
| 2.3.3.1  | Première branche .....                           | 25                                  |
| 2.3.3.2  | Deuxième branche.....                            | 26                                  |
| 2.3.3.3  | Troisième branche .....                          | 26                                  |
|          | <b>Inventaire du dossier administratif</b> ..... | <b>28</b>                           |

## 1 CONTEXTE JURIDIQUE ET FACTUEL

1. L'arrêté attaqué a pour objet de modifier 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.

La modification intervenue consiste, comme l'indique le Rapport au Roi, « en l'ajout, pour chaque prestation, d'un coefficient de pondération  $P$  qui traduit l'investissement en temps et la complexité de la prestation ».

Ainsi, à 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  $200 P$  ».

2. Cette règle d'application « 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 »<sup>1</sup>.

Les praticiens de l'art dentaire ont en effet constaté des comportements déviants (appelés « outliers ») dans le chef d'une petite minorité de prestataires consistant dans le fait de porter une quantité de prestations à la sécurité sociale à ce point importante que des doutes sérieux peuvent exister quant à leur qualité effective et quant à l'investissement effectif du prestataire pour la réalisation desdites prestations.

Ainsi, le constat fut opéré que quelque 100 dentistes en Belgique sur les 8449 prestataires actifs sont responsables de pas moins de 5 % des dépenses ressortant du budget dévolu à l'art dentaire.

3. Fort de ce constat s'est posée la question de savoir si une activité aussi importante sur de longues périodes était compatible avec les soins de qualité auxquels la sécurité sociale entend donner accès aux patients.
4. À la demande de la Commission dento-mutualiste<sup>2</sup>, le Conseil technique dentaire (CTD) a émis une proposition de modification de la nomenclature en ce sens.

Il s'agit d'introduire une limitation du nombre ou de la valeur des prestations susceptibles d'être portées en compte de la sécurité sociale par période de référence.

---

<sup>1</sup> Rapport au Roi.

<sup>2</sup> Pour rappel, la Commission dento-mutualiste est le lieu de rencontre des partenaires sociaux concernés par la détermination des rapports entre les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire et les organismes assureurs.

Conformément à l'article 30 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994,

« La Commission nationale dento-mutualiste est composée:

1° de dix membres effectifs et de dix membres suppléants, désignés par les organisations représentatives des praticiens de l'art dentaire ;

2° de dix membres effectifs et de dix membres suppléants, désignés par les organismes assureurs. [...] ».

La proposition émise, en séance du 19 avril 2012<sup>3</sup>, prend une double tournure. Comme le précise le rapport au Roi qui précède cet arrêté, il s'agit d'une part, de prévoir le mécanisme même du coefficient P « *qui traduit l'investissement en temps et la complexité de la prestation* » et, d'autre part, de déterminer les plafonds applicables à la mesure. Comme le précise encore le même rapport au Roi « *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* »<sup>4</sup>.

L'idée est, sur cette base, d'établir un mécanisme qui réserve le remboursement des soins de santé aux actes posés dans des conditions de qualité minimales. Pour cette raison, et afin de ne pas pénaliser un comportement d'un praticien qui, par exemple, aurait ponctuellement affaire à un surcroît de travail, le principe d'une moyenne sur une longue période est retenu.

En ce qui concerne le mécanisme du coefficient, le CTD s'accorde sur une proposition d'ajout d'un article 6, §19, rédigé comme suit :

*« §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 yyy P (moyenne journalière calculée pendant la période en question) ».*

En ce qui concerne ensuite le « *total annuel en P* », le conseil technique dentaire estime que la fourchette raisonnable pour la détermination d'un plafond porte sur une moyenne journalière de 150 à 180 P.

5. Cette proposition a fait l'objet d'un avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, daté du 23 avril 2012.
6. Elle fut ensuite discutée en séance de la commission dento-mutualiste du 24 avril 2012<sup>5</sup>.

La commission dento-mutualiste approuve la proposition formulée, étant entendu qu'elle ne retient plus un plafond sur une moyenne journalière de 150 à 180 P, mais augmente ce plafond à 200 P.

La commission renvoie le projet au Comité de l'Assurance, institué au sein de l'INAMI.

7. Le 6 juin 2012, la commission de contrôle budgétaire émet un avis positif<sup>6</sup>.
8. Le 11 juin 2012, le comité de l'assurance s'accorde sur le texte de modification de la nomenclature<sup>7</sup>.
9. Le 9 juillet 2012 fut procédé à l'examen de la nécessité de réaliser une évaluation d'incidence. Il fut conclu que pareille évaluation n'était pas requise<sup>8</sup>.
10. L'avis de l'inspecteur des finances fut sollicité le 19 juillet 2012, auquel il fut répondu positivement le 23 juillet 2012<sup>9</sup>.

---

<sup>3</sup> Pièce n° 1.  
<sup>4</sup> La partie adverse souligne.  
<sup>5</sup> Pièce n° 2.  
<sup>6</sup> Pièce n° 3.  
<sup>7</sup> Pièce n° 4.  
<sup>8</sup> Pièce n° 5.  
<sup>9</sup> Pièce n° 6.

11. L'accord du Ministre du Budget fut en outre sollicité par courrier du 26 juillet 2012<sup>10</sup>.

Cet accord fut donné le 3 septembre 2012<sup>11</sup>.

12. L'avis de la section de législation du Conseil d'État relatif à ce projet fut en outre sollicité.

L'avis, rendu le 8 octobre 2012, porte le n° 52.047/2 et est d'ailleurs publié au Moniteur belge en marge de l'arrêté querellé.

13. Fort de ces avis et accords, le Roi a adopté 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 indemnités.

Cet arrêté – qui constitue l'acte attaqué – a été publié au Moniteur belge le 31 janvier 2013.

14. Par une requête du 2 avril 2013, les parties requérantes postulent l'annulation partielle de l'acte attaqué.

## 2 NON-FONDEMENT

### 2.1 PREMIER MOYEN

Pris de la violation des articles 10, 11, 33, 105 et 108 de la Constitution, des principes d'égalité et de non-discrimination et de sécurité juridique ainsi que de l'incompétence de l'auteur de l'acte.

#### 2.1.1 Rappel du moyen

15. Les requérantes développent leur premier moyen en trois branches.

16. En une première branche, les parties requérantes soutiennent que les dispositions querellées ne constituent aucunement une « *règle d'application* » de la nomenclature. Elles n'auraient pas pour objectif de déterminer les conditions de remboursement des prestations de santé, mais au contraire de mettre en œuvre un mécanisme de sanction des prestataires.

Or, l'article 35 de la loi AMI, coordonnée le 14 juillet 1994, n'habiliterait pas le Roi à établir des sanctions à charge des dentistes qui ne respecteraient pas la nomenclature.

17. En une seconde branche, les parties requérantes développent que l'arrêté attaqué ne permettrait pas au dentiste de savoir si des prestations réalisées seront remboursables ou non dès lors, d'une part, que la période de référence de 30 jours à prendre en considération ne serait pas fixée, et, d'autre part, et par voie de conséquence, que le caractère remboursable d'une prestation pourrait varier au fil du temps.

Elles en déduisent une violation du principe de sécurité juridique.

<sup>10</sup> Pièce n° 7.

<sup>11</sup> Pièce n° 8.

18. Dans une troisième branche, les parties requérantes soutiennent que la société professionnelle au travers de laquelle le dentiste peut percevoir des honoraires ne serait pas susceptible d'opérer un contrôle sur les prestations qui les génèrent. Or, en application de l'article 164 de la loi AMI, la société professionnelle peut être solidairement tenue au remboursement des sommes indûment portées en compte de la sécurité sociale.

Les parties requérantes en déduisent apparemment une violation du principe de sécurité juridique.

## 2.1.2 Réfutation

### 2.1.2.1 Première branche

19. L'arrêté querellé, comme l'indique son intitulé, a pour objet de modifier la nomenclature des prestations de santé.

Il est pris, comme on peut le lire dans son préambule, sur le fondement de l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après, la loi « AMI »), qui dispose en son paragraphe 1<sup>er</sup> :

*« Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5<sup>o</sup>, 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 ».*

L'article 35 dispose, en outre, en son article 35, §2, 2<sup>o</sup>, également visé au préambule de l'arrêté querellé :

*« Le Roi peut apporter des modifications à la nomenclature des prestations de santé visée au § 1<sup>er</sup> :  
[...]  
2<sup>o</sup> 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 ».*

En l'occurrence, les dispositions querellées s'inscrivent précisément dans ce cadre : il s'agit de déterminer les règles – dites d'« application » – en vertu desquelles les prestations de soins dentaires visées donneront lieu (ou non) à une intervention déterminée de l'assurance.

L'objet de l'acte attaqué est dès lors de prévoir un remboursement en y incluant un facteur de qualité minimale. Ceci ressort expressément du rapport au Roi qui précède l'arrêté et qui dispose :

*« 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.<sup>12</sup> 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. [...] Cette règle d'application supplémentaire est instaurée à la suite*

<sup>12</sup>

La partie adverse souligne.

*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<sup>13</sup> des prestations effectuées ».*

20. L'objet même de la nomenclature est de préciser les prestations donnant lieu à une intervention. La détermination d'un niveau de qualité minimal requis pour l'octroi de pareille intervention, exprimé en termes d'« investissement en temps » et de « complexité » participe de la détermination des conditions d'intervention de l'assurance soins de santé et indemnités.

Tel est bien l'objet de la disposition querellée.

Telle est d'ailleurs la position adoptée tant par la commission nationale dento-mutualiste et le Conseil technique dentaire. On ne peut raisonnablement considérer, comme le font toutefois les parties requérantes, que ces organes de concertation ne connaissent pas le cadre dans lequel ils inscrivent leur action.

L'objet de l'acte querellé n'est donc pas celui prétendu par les parties requérantes.

21. Il suffira, en outre, pour s'en convaincre de constater que l'arrêté querellé ne prévoit pas la moindre sanction. Il détermine uniquement les conditions en vertu desquelles une prestation peut être portée en compte.

Certes, le Rapport au Roi prévoit en effet que « *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* ».

Ceci ne constitue jamais que le rappel des règles contenues, notamment, aux articles 73 et 146 et suivants de la loi AMI. Le contrôle est inhérent à l'assurance soins de santé : les autorités veillent à ce que seuls les cas qui doivent être portés en compte le sont.

À l'inverse, le texte de l'arrêté querellé ne prévoit pas de contrôle, ni ses modalités.

Si donc une sanction serait éventuellement l'effet de la méconnaissance de la norme querellée, elle n'en constitue manifestement pas l'objet.

22. Les dispositions querellées ne met pas en œuvre un mécanisme de sanction déguisé. Elles réservent uniquement l'intervention de l'assurance soins de santé à des soins jugés de qualité suffisante.

La mesure de cette qualité est fondée sur un coefficient déterminé par les professionnels du secteur – les représentants des dentistes.

Le moyen, qui se fonde sur une lecture erronée de l'acte attaqué et de l'objet de la sécurité sociale, n'est pas fondé.

### 2.1.2.2 Deuxième branche

23. La seconde branche du premier moyen est manifestement prise de la violation du principe de sécurité juridique.

---

<sup>13</sup> La partie adverse souligne.

La partie adverse n'y lit en effet aucun développement relatif aux autres dispositions légales et principes administratifs visés à l'appui du moyen.

24. Le principe de sécurité juridique implique « *que le contenu du droit soit prévisible et accessible, de sorte que le justiciable puisse prévoir, à un degré raisonnable, les conséquences d'un acte déterminé au moment où cet acte se réalise* »<sup>14</sup>.

C'est d'ailleurs bien ce que souhaitent les parties requérantes qui posent le besoin de « *pouvoir prévoir à un degré raisonnable si une prestation est remboursable* »<sup>15</sup>.

25. Contrairement à ce que laissent entendre les parties requérantes, la norme de comportement est connue à l'avance : il s'agit du seuil de 200 P de moyenne journalière sur une période qui ne peut être inférieure à 30 jours comportant au moins 6 prestations portées en compte à l'assurance maladie et invalidité par jour.

Le « *contenu du droit* » est donc parfaitement prévisible et accessible.

Le comportement poursuivi est donc aussi très « *raisonnablement* » connu, puisqu'il s'agit de se conformer à un comportement normal.

26. Le recours à une « *période* » de temps « *qui ne peut être inférieure à 30 jours* » a d'ailleurs précisément pour objet d'offrir au justiciable des garanties de sécurité juridique.

Il s'agit en effet d'assurer le prestataire du fait que le seuil de 200 P constitue effectivement une « *moyenne journalière* » évaluée sur une période suffisamment longue que pour attester effectivement un comportement déviant. Il ne s'agit pas, en effet, de viser des prestataires de soins qui organisent leur travail de manière telle à effectuer des journées particulièrement longues.

Le fait que la période de référence soit de 30 jours ou plus est dans l'avantage unique du prestataire de soins.

Le moyen est non-fondé.

27. A tout le moins, il ne peut être considéré que le contenu de la norme n'est pas prévisible et accessible « *à un degré raisonnable* ».

28. Particulièrement, en ce qui concerne les mesures de responsabilisation des acteurs des soins de santé, la Cour constitutionnelle a jugé 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 »*<sup>16</sup>.

Dans le même sens, la Cour constitutionnelle valide la mesure en vertu de laquelle l'intervention de la sécurité sociale pour des prestations de soins donnée n'est pas déterminée à l'avance en considération d'un acte de soins donné, mais au contraire *a posteriori* d'un forfait par pathologie.

Dans son arrêt n° 60/2010 du 27 mai 2010, la Cour constitutionnelle a ainsi dit pour droit :

<sup>14</sup> Cour Const., arrêts n° 25/90 du 5 juillet 1990 ; n° 36/90 du 22 novembre 1990 ; n° 49/98 du 20 mai 1998 ; n° 36/2000 du 29 mars 2000. Le Conseil des Ministres souligne.

<sup>15</sup> Requête, p. 6 – la partie adverse souligne.

<sup>16</sup> Arrêt n° 114/2007 du 19 septembre 2007, point B.19.

*« En prenant en compte un montant moyen des dépenses nationales, le législateur a préféré instaurer non pas un système a priori de forfait théorique, mais un système a posteriori de moyenne, qui tend ainsi à se rapprocher au maximum de la pratique, en se fondant sur les montants qui ont été réellement facturés aux patients; le montant de référence est ainsi considéré comme un indicateur des dépenses qui ont été réellement nécessaires au cours d'une année, pour le traitement de pathologies courantes »<sup>17</sup>.*

29. Le principe de sécurité juridique n'impose pas que le montant précis de l'intervention de l'assurance ou que la hauteur précise de la récupération qui sera effectivement exigée soit connue à l'avance. C'est au contraire le « contenu » du droit qui doit l'être.

Par la mesure querellée, le prestataire sait la quantité de prestations de soins de santé qu'il lui est possible de porter en compte de la sécurité sociale. Il sait comment adapter son comportement à la norme. Il sait que les prestations portées en compte au-delà dudit seuil ne peuvent être portées en compte et sont, dans cette perspective, susceptibles de justifier une récupération, ordonnée le cas échéant, par les autorités instituées à cet effet.

Le contenu du droit est prévisible et accessible.

Il l'est, à tout le moins « à un degré raisonnable », notamment au regard de l'appréciation de ce caractère raisonnable par la Cour constitutionnelle. Il l'est d'ailleurs d'autant si l'on a égard au constat suivant opéré par la Cour constitutionnelle dans son arrêt cité n° 84/93 du 7 décembre 1993 :

*« 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 ».*

Le moyen n'est pas fondé.

30. Dans les faits d'ailleurs, le prestataire ne peut évidemment ignorer la nature de son comportement.

Le Roi, en effet, a précisément entendu fixer un seuil particulièrement élevé, aux fins de ne viser que les comportements manifestement déviants. Comme l'indiquait d'ailleurs Mr HANSON, représentant des organisations professionnelles représentatives des dentistes, au sein du Conseil technique dentaire :

*« Mr. 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 45000 P. En fonction de 300 jours de travail environ, il pense qu'une moyenne journalière de 150 P est acceptable »<sup>18</sup>.*

Pour illustrer ce propos, il suffit de référer à des exemples. Ainsi, par exemple, la consultation est valorisée à 3 P. Ceci signifie que le dentiste peut donc réaliser 65 consultations par jour, en moyenne sur 30 jours, en restant sous le seuil. Si donc le dentiste travaille 16 heures par jour à raison de 4 consultations par heure, il n'atteint pas le seuil.

Ce constat vaut par ailleurs en prenant en considération uniquement la consultation attestable à la sécurité sociale. Or, même pour les dentistes qui ne travaillent que pour une clientèle qualifiée de « sociale », des prestations en-dehors de la nomenclature sont réalisées. Ainsi, les extractions dentaires entre 18 et 55 ans ne sont pas remboursées, de même que certaines prothèses ne font l'objet que d'un remboursement limité. Il s'agit là pourtant de soins dont bénéficient également, sinon plus encore, les patients sociaux.

<sup>17</sup>  
<sup>18</sup>

Point B.9.2.  
Pièce n° 1.

Le seuil de 200 P est donc particulièrement élevé, de l'aveu même des représentants de la profession de dentiste.

La thèse de la partie adverse consiste, à mot à peine couvert, à soutenir que le prestataire ne saurait pas, dans la pratique, s'il est concerné ou non par la norme de comportement induite par la norme querellée. L'exemple énoncé constitue la manifestation pratique du contraire.

Le moyen est non-fondé.

### 2.1.2.3 Troisième branche

31. En sa troisième branche, le premier moyen développe que l'arrêté querellé « *fait peser* [sur les personnes morales qui seraient chargées, par des prestataires donnés, de percevoir des honoraires] *un risque de sanction pour un comportement dont elles ne sont pas responsables* »<sup>19</sup>.

Ce risque se fonde sur l'article 164 de la loi AMI qui précise, en ce qui concerne le paiement de l'indu, que « *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 prestataires de soins* ».

32. L'arrêté querellé a pour objet de fixer des conditions en vertu desquelles des dentistes (à l'exclusion d'ailleurs de personnes morales, qui, par définition, ne disposent pas de cette qualification) peuvent porter des prestations données en compte de la sécurité sociale. Il n'a pas trait aux éventuelles sanctions afférentes au non-respect de ces conditions. Il n'a pas davantage trait au mécanisme de solidarité mis en œuvre par l'article 164 de la loi AMI. Pas plus ne concerne-t-il les relations, et en particulier les exigences de bonne communication, qui unissent la personne morale au dentiste qui la charge de percevoir ses honoraires.

L'arrêté attaqué ne constitue pas une mesure de contrôle du coût des prestations ; il met en place un mécanisme en amont de la prestation en vue de déterminer le type de prestation que la sécurité sociale souhaite rembourser et, dans cette optique, prévenir la surconsommation.

33. La réalisation du risque qu'invoquent les parties requérantes ne pourrait dès lors être le fait de l'arrêté querellé, mais se fondera nécessairement sur une autre disposition, et en particulier sur l'application qui serait *éventuellement* opérée de l'article 164 de la loi AMI, et sur les modalités relationnelles qui unissent la personne morale et le dentiste.

Le moyen ne vise donc manifestement pas la norme querellée. Il se fonde en outre sur un intérêt strictement hypothétique.

Le premier moyen, en sa troisième branche, est irrecevable.

34. Le moyen n'est pas davantage fondé.

Lorsque les parties requérantes affirment que la disposition querellée ferait porter un risque à des personnes morales<sup>20</sup>, elles ne vont pas plus loin que la simple affirmation.

---

<sup>19</sup> Requête, p. 9.

<sup>20</sup> Les parties requérantes ne tentent pas de démontrer d'ailleurs que ce risque pèserait précisément sur la personne morale requérante.

Ainsi, elles ne tentent pas même de développer l'atteinte prétendue à l'ensemble des dispositions visées à l'appui du moyen, et en particulier, de la violation prétendue des articles 10, 11, 33, 105 et 108 de la Constitution, des principes d'égalité et de non-discrimination, et de l'incompétence de l'auteur de l'acte.

Les violations invoquées ne sont pas démontrées. Le moyen est non-fondé.

35. L'article 164 de la loi AMI, dans sa disposition qui pose question aux parties requérantes, dispose :

*« 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 »*<sup>21</sup>.

L'article 15 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, dispose que c'est le prestataire qui a droit à l'honoraire. Ce n'est donc que parce qu'un prestataire exercerait son activité « en société », que celle-ci pourrait percevoir un honoraire « pour son propre compte ».<sup>22</sup>

Dans ce cas, il y a une identité « factuelle » du prestataire et de la personne morale qui perçoit l'honoraire pour son propre compte. Il n'y a donc pas d'ignorance par la personne morale de ce que fait son organe.

36. Votre Conseil constatera d'ailleurs que l'argument soulevé par les parties requérantes a été tranché par la Cour constitutionnelle dans son arrêt n° 102/2000 du 11 octobre 2000 par lequel la Cour dit pour droit :

*« L'article 97, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité<sup>23</sup>, dans la rédaction qui lui avait été donnée par la loi du 27 juin 1969, ne viole pas les articles 10 et 11 de la Constitution, considérés isolément ou combinés avec l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'Homme, en ce qu'il permet, dans les conditions qu'il prévoit, la récupération auprès des établissements de soins, des prestations de l'assurance payés indûment ».*

La Cour légitime le mécanisme de solidarité visée à l'article 164 de la loi AMI<sup>24</sup>.

Le moyen est non-fondé.

37. Le « risque » que les parties requérantes invoquent (qui se distingue de l'application de ce risque) est apparemment connu de la deuxième partie requérante.

Dès lors qu'elle est consciente de ses obligations, on n'aperçoit pas les raisons pour lesquelles elle n'organiserait pas les relations qu'elle entretient avec les dentistes en conséquence, soit en imposant un mécanisme de communication du nombre de prestations réalisées.

Dès lors que la norme (le seuil), ses conséquences (la nécessité de respecter le seuil) et les sanctions éventuelles y afférentes (le mécanisme de solidarité) sont connus de la seconde partie requérante, et qu'elle peut parfaitement y adapter son comportement, il n'y a pas de violation, dans son chef, du principe de sécurité juridique.

---

<sup>21</sup> La partie adverse souligne.

<sup>22</sup> Si, à l'inverse, une société – telle une clinique privée – percevait l'honoraire, ce serait nécessairement pour le compte des praticiens, quitte pour ceux-ci à avoir convenu avec ladite clinique une rétrocession complète de leur honoraire.

<sup>23</sup> Actuellement, article 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire des soins de santé et de l'invalidité, coordonnée par arrêté royal du 14 juillet 1994.

<sup>24</sup> Elle confirme, ce faisant, que ce mécanisme visé ne trouve aucunement sa source dans la nomenclature mais bien dans cette disposition précise. Le moyen, en sa troisième branche, est donc, comme indiqué, irrecevable.

38. Enfin, compte tenu de l'objectif poursuivi – assurer une médecine dentaire de qualité – la mesure n'est pas (manifestement) déraisonnable. Elle est, au contraire, nécessaire et proportionnée pour atteindre l'objectif que le Roi a déterminé.

En effet, la mesure vise à responsabiliser l'opérateur qui a un intérêt financier (direct) à ce que des traitements inutiles ou inutilement onéreux soient portés en compte.

Le moyen est non-fondé.

## 2.2 DEUXIEME MOYEN

*Pris de la violation de « l'article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, des articles 10, 11 et 23 de la Constitution, des principes d'égalité et de non-discrimination, de l'obligation de standstill reconnue à l'article 23 de la Constitution, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités, notamment à ses articles 53 et 73, du décret portant suppression de tous les droits d'aide, de toutes les maîtrises et jurandes de mars 1791, généralement appelé décret d'Allarde et notamment son article 7, de l'arrêté royal (de pouvoirs spéciaux) n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et notamment de son article 11, du principe de liberté thérapeutique et diagnostique, des principes généraux de bonne administration et notamment du principe de proportionnalité ou du principe du raisonnable et du principe de motivation interne des actes administratifs ».*

### 2.2.1 Rappel du moyen

39. Les requérantes développent leur second moyen en six branches.

Elles soutiennent que ces six branches peuvent être lues soit isolément, soit être comprises, dans leur globalité, « *comme la démonstration du caractère discriminatoire d'[une] différence de traitement<sup>25</sup> en ce que les moyens [que l'arrêté querellé] met en œuvre ne sont pas proportionnés à l'objectif poursuivi* »<sup>26</sup>.

40. En une première branche, les parties requérantes soutiennent que les dispositions querellées porteraient une atteinte disproportionnée à la liberté diagnostique et thérapeutique dès lors qu'elles auraient « *pour effet d'interdire au dentiste de réaliser des prestations remboursables qu'il estime pourtant nécessaires sur le plan médical si ces prestations ont pour effet de lui faire dépasser la limite de moyenne journalière de 200 P même si les autres conditions de remboursement sont remplies* »<sup>27</sup>.

41. En une seconde branche, les parties requérantes développent que l'arrêté attaqué violerait le principe de *standstill* issu de l'article 23 de la Constitution en ce qu'il « *conduit à un recul significatif ou sensible dans la protection du droit à la santé* »<sup>28</sup>.

Son application pourrait conduire « *un patient à se voir refuser des soins [...] par un dentiste qui aurait, dans la moyenne journalière pour les jours où il a réalisé six prestations (qui seront portées en compte à l'assurance maladie invalidité), une moyenne de coefficient P supérieure à 200 pour une période d'au moins 30 jours* »<sup>29</sup>.

---

<sup>25</sup> Les parties requérantes ne précisent toutefois pas la différence de traitement précise qu'elles visent.

<sup>26</sup> Requête, p. 12.

<sup>27</sup> Requête, p. 13.

<sup>28</sup> Requête, p. 14.

<sup>29</sup> Requête, p. 15.

42. Dans une troisième branche, les parties requérantes développent que dès lors que la présomption de fraude, en cas de dépassement des seuils, serait irréfragable et que l'arrêté attaqué ne permettrait pas au dentiste de s'expliquer sur les raisons effectives du dépassement, l'arrêté querellé porterait atteinte à l'honneur et à la réputation du dentiste.
43. En sa quatrième branche, le moyen est pris de la violation du principe d'égalité, en ce que l'arrêté attaqué favoriserait les dentistes « de luxe » au détriment des dentistes « sociaux ». L'arrêté querellé ne met en œuvre une mesure qui n'a trait qu'aux seules prestations remboursables.
44. Dans une cinquième branche, les parties requérantes soutiennent que l'arrêté querellé limite les prestations des dentistes qui travaillent de manière intensive, alors qu'il leur est loisible d'organiser l'exercice de leur profession comme ils l'entendent.
45. En sa sixième branche, le moyen développe la violation du droit de la propriété des dentistes et, par voie de conséquence, l'incompétence de l'auteur de l'acte.

Les parties requérantes soutiennent en effet que l'arrêté querellé s'assimile à une expropriation. Or, cette expropriation en serait pas « *prévue par la loi* ».

## 2.2.2 Réfutation

### 2.2.2.1 Première branche

46. Les parties requérantes fondent leur thèse sur un postulat erroné, consistant à défendre que « *le mécanisme litigieux a pour effet d'interdire au dentiste de réaliser des prestations remboursables qu'il estime pourtant nécessaires sur le plan médical si ces prestations ont pour effet de lui faire dépasser la moyenne journalière de 200 P même si les autres conditions de remboursement sont remplies* ».

Il n'en est rien.

L'arrêté querellé n'a pas trait, en effet, à l'exercice de la profession de dentiste mais uniquement aux conditions de remboursement des prestations de soins délivrées. Il est parfaitement loisible, au-delà du seuil, de réaliser des prestations remboursables et de les facturer à son patient. Il lui est uniquement interdit de les porter en compte de la sécurité sociale.

Or, comme l'a jugé, à juste titre Votre Conseil, dans son arrêt n° 206.604 du 3 juin 2010 :

« [...] *het keuzerecht van de patiënt en de therapeutische vrijheid [hebben] immers betrekking op de verstrekking en niet op de mogelijkheid tot aanrekening ervan in de nomenclatuur.* »

Traduction libre :

« [...] *le libre choix du patient et la liberté thérapeutique concernent en effet la prestation et non la possibilité ou non de porter cette prestation en compte de la sécurité sociale* ».

L'arrêté querellé ne porte pas atteinte à la liberté thérapeutique et diagnostique.

Le moyen est non fondé.

47. Même à considérer, ensuite, que l'arrêté querellé porterait restriction à la liberté thérapeutique et diagnostique du dentiste, *quod non*, en aucun cas cette restriction ne pourrait raisonnablement être

qualifiée de « disproportionnée », et ce, eu égard, d'une part, à l'objectif poursuivi, et, d'autre part, aux moyens mis en œuvre pour l'atteindre.

Dans ce sens, Votre Conseil a jugé que :

*« [...] il résulte de la loi du 14 juillet 1994, précitée, que l'exercice de cet art peut être soumis à certaines obligations dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités; que celles-ci peuvent être imposées, notamment, par la volonté de lutter contre la surconsommation médicale; que l'autorité compétente peut imposer des mesures de contrôle, en particulier pour éviter la répétition – réévaluation [...]»<sup>30</sup>.*

Contrairement à ce que tentent d'y lire les parties requérantes, l'arrêt de votre Conseil n° 171.792 du 4 juillet 2007 rejette l'argument développé par la partie requérante relatif à une violation prétendue du principe de liberté thérapeutique et diagnostique et dispose, précisément, que :

*« le requérant n'établit pas que, en ce qu'il soumet le remboursement des prestations de réadaptation visées à certaines conditions touchant à l'intervention de médecins spécialistes, et en particulier à l'intervention d'un coordinateur dont le rôle est suffisamment déterminé, l'arrêté royal attaqué porterait atteinte au choix des moyens auxquels les dispensateurs de soins, et en particulier les médecins neurologues, estiment devoir recourir soit pour poser le diagnostic soit pour déterminer ou exécuter le traitement; que l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, telle qu'organisée par la loi du 14 juillet 1994, précitée, soumet le remboursement des prestations qu'elle énumère à des conditions de cette nature; que le requérant n'établit pas davantage qu'en imposant l'intervention d'un médecin spécialiste en médecine physique et réadaptation, la partie adverse aurait fait un choix défavorable aux médecins neurologues sans justification objective; que la partie adverse a fait ressortir pertinemment les motifs pour lesquels l'intervention de ce spécialiste, formé à la réadaptation pulmonaire, neurologique et à la locomotricité ou psychomotricité, se recommandait; que les critiques développées par le requérant portent bien plus sur l'inopportunité prétendue du choix fait par la partie adverse que sur l'illégalité de celui-ci; qu'il n'appartient pas au Conseil d'Etat de trancher le point de savoir si la rééducation ou la réadaptation que peut assurer un médecin spécialiste en neurologie est plus efficace et doit être préférée à celle que peut coordonner un médecin spécialiste en médecine physique et en réadaptation ».*

Tel est, par identité de motifs, le cas en l'espèce : les parties requérantes ne démontrent nullement l'atteinte – et moins encore l'atteinte « disproportionnée » – à la liberté thérapeutique et diagnostique.

Le Roi a choisi de ne rembourser que des soins qui répondent à un standard minimum de qualité, notamment en termes de disponibilité du traitant. Ce faisant, il n'interdit pas à un prestataire de ne pas accorder cette qualité et ce temps à ses patients. Seulement, le Roi n'a pas jugé opportun de tels traitements « à la chaîne ».

Ce choix en opportunité ne plaît pas aux requérantes... Soit. Cela n'invalide cependant pas la norme.

48. Plus fondamentalement, le caractère prétendument disproportionné de l'atteinte invoquée est contredit en fait.

Le Roi, en effet, a précisément entendu fixer un seuil particulièrement élevé, aux fins de ne viser que les comportements manifestement déviants. Comme l'indiquait d'ailleurs Mr HANSON, représentant des organisations professionnelles représentatives des dentistes, au sein du Conseil technique dentaire :

<sup>30</sup>

C.E., arrêt n° 160.274 du 19 juin 2006.

*« Mr. 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 45000 P. En fonction de 300 jours de travail environ, il pense qu'une moyenne journalière de 150 P est acceptable »<sup>31</sup>.*

Pour illustrer ce propos, il suffit de référer à des exemples. Ainsi, par exemple, la consultation est valorisée à 3 P. Ceci signifie que le dentiste peut donc réaliser 65 consultations par jour, en moyenne sur 30 jours, en restant sous le seuil. Si donc le dentiste travaille 16 heures par jour à raison de 4 consultations par heure, il n'atteint pas le seuil.

Ce constat vaut par ailleurs en prenant en considération uniquement la consultation attestable à la sécurité sociale. Or, même pour les dentistes qui ne travaillent que pour une clientèle qualifiée de « sociale », des prestations en-dehors de la nomenclature sont réalisées. Ainsi, les extractions dentaires entre 18 et 55 ans ne sont pas remboursées, de même que certaines prothèses ne font l'objet que d'un remboursement limité. Il s'agit là pourtant de soins dont bénéficient également, sinon plus encore, les patients sociaux.

Le seuil de 200 P est donc particulièrement élevé, de l'aveu même des représentants de la profession de dentiste.

Le fait de ne pas permettre de porter en compte des prestations au-delà d'un seuil communément reconnu comme étant particulièrement élevé n'apparaît pas (manifestement) disproportionné.

Le moyen n'est pas fondé.

#### **2.2.2.2 Deuxième branche**

49. Les parties requérantes ne sont ni les garantes de l'intérêt général, ni de l'intérêt des patients qu'ils soignent.<sup>32</sup>

Elles n'ont pas d'intérêt à invoquer une discrimination dont seraient affectés des tiers, à savoir les patients.

Le moyen est irrecevable.

50. L'étendue de la protection offerte par l'article 23 de la Constitution, et par l'effet de *standstill* qui s'y attache, est décrit par la Cour constitutionnelle comme suit :

*"B.5.1. L'article 23 de la Constitution dispose que chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. À 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 ».*

<sup>31</sup>

Pièce n° 1.

<sup>32</sup>

Notons que, à la différence d'autres (nombreux) recours de monsieur LOISEAU, celui-ci ne s'adjoint pas, cette fois-ci, les « services » de l'asbl Dentisterie Sociale.

51. Dans le cas d'espèce, il n'est nullement question de « réduction significative » du niveau de protection existant.

Au contraire, la norme querellée est édictée dans l'intérêt du patient : il s'agit de lui garantir une qualité minimale des soins remboursés, en s'assurant de l'investissement effectif du prestataire, notamment en termes de durée de la prestation consacrée au patient.

Ce faisant, la norme garantit, contrairement à ce qu'affirment les parties requérantes, que les patients dits « sociaux » bénéficient de soins de qualité.

52. La référence opérée par les parties requérantes à l'article 53 de la loi AMI, enfin, est parfaitement irrelevante.

Comme l'indique cette disposition elle-même, l'obligation de fourniture au patient de l'attestation de remboursement ne vaut, comme l'indique expressément cette disposition, que pour les prestations qui « donnent lieu à une intervention de l'assurance ».

Cette disposition ne conduit donc aucunement le prestataire à interdire la fourniture de soins « de première nécessité »<sup>33</sup> à un patient .

Le moyen n'est pas fondé.

### **2.2.2.3 Troisième branche**

53. Les parties requérantes soutiennent que l'arrêté attaqué désignerait comme fraudeur « un dentiste dont il n'est pas démontré qu'il a commis un des manquements visés par l'article 73bis de la loi ASSI »<sup>34</sup>.

Le raisonnement tenu ne peut à nouveau pas convaincre:

54. En premier lieu, l'arrêté royal querellé ne désigne personne comme « fraudeur ».

Au risque de se répéter, il détermine les conditions à respecter pour l'octroi d'un remboursement.

Le constat d'une infraction quelconque ne s'opère pas par l'application de l'arrêté querellé.

Si donc un constat devait être posé suivant lequel un dentiste doit être qualifié de « fraudeur », ce le sera à l'issue d'une procédure indépendante de l'arrêté querellé et sur une base contradictoire.

55. En second lieu, c'est évidemment un truisme de constater qu'une personne qui porte en compte des prestations de soins de santé sans respecter les conditions fixées à cet effet est un « fraudeur ».

À suivre les requérantes, toute modification de la nomenclature, qui contient par définition une détermination des conditions de remboursement, désigne, en conséquence, celui qui ne s'y plierait pas de « fraudeur », tant et si bien que la nomenclature elle-même devient attentatoire à l'honneur et à la réputation.

Ceci n'est évidemment pas sérieux.

---

<sup>33</sup> Requête, p. 15.

<sup>34</sup> Requête, p. 16.

56. En troisième lieu, la condition fixée de ne pas dépasser un seuil de 200 P de moyenne journalière sur une période donnée est le fruit d'un consensus, partagé par la profession des dentistes telle que représentée dans les organes de concertation de l'INAMI.

La profession elle-même considère que le dépassement de ce seuil ne peut être acquis dans le cadre d'un exercice de qualité de la profession.

La détermination d'un critère de qualité, au bénéfice des patients, n'est pas attentatoire à l'honneur et à la réputation des personnes qui, pour une raison ou une autre, ne constituerait pas une norme de qualité raisonnable.

Sous le couvert, d'ailleurs, d'une atteinte prétendue à l'honneur ou la réputation, les parties requérantes querellent en réalité l'opportunité d'une norme.

Le moyen est non-fondé.

### **2.2.2.4 Quatrième branche**

57. Dans sa quatrième branche, le second moyen développe que la mesure querellée traiterait d'une manière différente les dentistes dits « sociaux » et les dentistes dits « de luxe », soit ceux ayant ou non choisis d'inscrire leur pratique sur les prestations remboursables.

Les parties requérantes soutiennent ainsi que l'on peut parfaitement frauder sans atteindre le seuil de 200 P de moyenne journalière.

58. Comme son intitulé l'indique, l'arrêté royal attaqué a pour objet de modifier la nomenclature. En l'occurrence, il modifie les conditions en vertu desquelles une intervention de la sécurité sociale est octroyée pour des prestations de soins dentaires.

L'intervention de la sécurité sociale n'est pas un revenu à l'attention des prestataires de soins. La mesure querellée ne limite pas les honoraires de quiconque, mais uniquement l'intervention publique pour des prestations de soins. Les parties requérantes ne montrent pas sur quel fondement la modification de la nomenclature doit s'opérer eu égard aux revenus respectifs des prestataires de soins.

Le moyen manque tant en droit qu'en fait.

59. Par ailleurs, il est évident qu'une mesure de sécurité sociale a pour objet de modifier l'intervention de la sécurité sociale. La norme querellée est prise de l'exécution de la loi AMI.

Le salaire des prestataires de soins est indifférent de la sécurité sociale. Seule compte la solidarité nationale qu'une société donnée entend accorder à ses concitoyens. Ainsi donc, un chirurgien esthétique ne verra pas ses prestations remboursées par la sécurité sociale, et pourra pourtant toucher un salaire supérieur à d'autres médecins. Tout comme le chirurgien esthétique n'est pas discriminé du fait de ne pas bénéficier du remboursement de ses prestations, le médecin qui entre dans le régime de la sécurité sociale n'est pas discriminé du fait qu'il ne touche pas le même salaire : les revenus du prestataire, d'une part, et l'application de la sécurité sociale, d'autre part, sont deux réalités distinctes et indépendantes.

Les situations comparées par les parties requérantes ne sont aucunement comparables.

La discrimination alléguée n'est pas fondée.

## 2.2.2.5 Cinquième branche

60. La cinquième branche du deuxième moyen n'est pas davantage fondée.

Elle se fonde en effet à nouveau sur le postulat erroné suivant lequel la norme querellée ne fixerait pas une condition de remboursement liée à la qualité de la prestation mais mettrait en œuvre, au contraire, une présomption de fraude.

61. Elle se méprend ensuite sur la nature du seuil mis en place.

Le seuil est fixé en considération d'un constat posé par les praticiens eux-mêmes et repris dans le Rapport au Roi : au-delà, les revenus engendrés sur la base des prestations remboursables « *ne peuvent pas être engendrés par un mode d'attestation correcte et/ou moyennant la préservation d'une qualité minimale des prestations effectuées* ».

Le choix opéré par le praticien, tantôt de travailler beaucoup, tantôt de concentrer ses activités sur des périodes courtes mais particulièrement intenses, n'est pas remis en cause. Seule une qualité minimale des prestations portées en compte est requise, en considération d'un investissement raisonnable du praticien.

Le moyen n'est pas fondé.

62. Même à considérer d'ailleurs qu'une atteinte serait portée à la liberté de commerce et d'industrie du fait que la norme querellée empêcherait le praticien de travailler dans le régime de la sécurité sociale, force est de constater que cette atteinte serait alors particulièrement limitée, compte tenu de la hauteur du seuil retenu.

Or, le principe de liberté de commerce et d'industrie n'est pas absolu.

Comme l'a d'ailleurs jugé Votre Conseil :

*« [...] sans qu'il soit nécessaire d'examiner si la liberté de commerce et d'industrie s'applique également à l'exercice de l'art de guérir, il résulte de la loi du 14 juillet 1994, précitée, que l'exercice de cet art peut être soumis à certaines obligations dans le cadre de l'assurance soins de santé et indemnités; que celles-ci peuvent être imposées, notamment, par la volonté de lutter contre la surconsommation médicale; que l'autorité compétente peut imposer des mesures de contrôle, en particulier pour éviter la répétition – réévaluation [...] »<sup>35</sup>.*

L'atteinte qui serait portée, à suivre la thèse des requérantes, à la liberté de commerce et d'industrie est en l'espèce nécessairement limitée. Elle est en outre proportionnée à l'objectif d'intérêt général poursuivi : la qualité des soins remboursés.

Le moyen n'est pas fondé.

## 2.2.2.6 Sixième branche

63. L'arrêté querellé, comme l'indique son intitulé, a pour objet de modifier la nomenclature des prestations de santé.

<sup>35</sup>

C.E., arrêt n° 160.274 du 19 juin 2006.

Il est pris, comme on peut le lire dans son préambule, sur le fondement de l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après, la loi « AMI »), qui dispose en son paragraphe 1<sup>er</sup> :

*« Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 5°, 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 ».*

En l'occurrence, les dispositions querellées s'inscrivent précisément dans ce cadre : il s'agit de déterminer les règles – dites d'« application » – en vertu desquelles les prestations de soins dentaires visées donneront lieu à une intervention déterminée de l'assurance.

Dans cette perspective, l'arrêté royal querellé, contrairement à ce qu'affirment les parties requérantes, ne privent nullement les praticiens d'un quelconque « partie de leurs honoraires »<sup>36</sup>. Au contraire, il fixe les conditions en vertu desquelles l'assurance intervient.

64. Les requérants se méprennent tant sur la portée de l'acte querellé que sur l'objet même de la nomenclature des prestations de santé. Cette dernière n'a pas pour objet d'être constitutive d'une assurance publique « revenu garanti » au profit des seuls prestataires de soins. Elle a uniquement pour objet de déterminer les conditions en vertu desquelles elle intervient, au profit du patient, dans les coûts liés à une prestation de soins donnée.

Tel est précisément l'objet de l'acte attaqué : il vise à établir que l'assurance maladie-invalidité interviendra dans le remboursement de soins, en y incluant un facteur de qualité minimale. Ceci ressort expressément du rapport au Roi qui précède l'arrêté et qui dispose :

*« 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.<sup>37</sup> 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. [...] 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<sup>38</sup> des prestations effectuées ».*

Les dispositions querellées ne privent pas les parties requérantes d'une partie d'un honoraire mais en fixent uniquement les contours. L'assurance soins de santé n'interviendra plus dans des soins jugés de qualité insuffisante.

La mesure de cette qualité est fondée sur un coefficient déterminé par les professionnels du secteur – les représentants des dentistes.

<sup>36</sup> Requête, p. 18.

<sup>37</sup> La partie adverse souligne.

<sup>38</sup> La partie adverse souligne.

Le moyen, qui se fonde sur une lecture erronée de l'acte attaqué et de l'objet de la sécurité sociale, n'est pas fondé.

65. Ce constat est d'ailleurs corroboré par la jurisprudence, particulièrement éclairante pour le cas d'espèce, de la Cour constitutionnelle, en son arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993.

La Cour constitutionnelle était saisie d'un recours en annulation des articles 20 à 22 de la loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses.

Ces dispositions s'inscrivaient « *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* »<sup>39</sup>. Concrètement, les dispositions entreprises organisaient un système de récupération des montants accordés aux laboratoires de biologie clinique, pour des prestations qu'ils ont effectuées, lorsque le budget affecté à ces dépenses est dépassé.

Le système mis en œuvre par les articles 20 à 22 de la loi du 26 juin 1992 est, certes, d'une autre nature que celui mis en œuvre par les dispositions querellées. Alors que les dispositions querellées visent à garantir au patient que l'intervention de l'assurance ne concerne que des prestations pour lesquelles un réel investissement du prestataire a été consenti, les articles 20 à 22 de la loi du 26 juin 1992 visent, quant à eux, à responsabiliser les acteurs de soins à la réalité de la sécurité sociale de fonctionner en enveloppe fermée.

Les moyens par lesquels ces deux réglementations entendent arriver aux finalités leur assignées sont toutefois comparables : il s'agit de récupérer les dépenses de sécurité sociale consenties au-delà d'un certain plafond. Votre Conseil constatera d'ailleurs que le système mis en œuvre en matière de biologie clinique va plus loin encore que celui concerné par les dispositions querellées, dès lors qu'il ne querelle pas même, lorsqu'il postule une récupération, la qualité de la prestation de biologie clinique fournie.

66. Dans le cadre du recours diligenté devant la Cour constitutionnelle, les parties y requérantes soulevèrent un troisième moyen dans lequel elles développaient que « *les dispositions entreprises privent les personnes concernées d'une partie d'honoraires légalement et régulièrement payés selon un tarif imposé pour une prestation de services légalement et régulièrement effectué et que cette mesure de privation en peut s'analyser que comme une expropriation, une confiscation ou un impôt déguisé qui n'ont pas d'équivalent dans le régime auquel sont soumis des bénéficiaires bénéficiant des remboursements I.N.A.M.I.* »<sup>40</sup>.

La Cour constitutionnelle rejette l'argument comme suit :

*« 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'INAMI 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 »*<sup>41</sup>.

39

Considérant B 12.

40

Considérant B. 11.

41

Point B.12

Le constat opéré par la Cour constitutionnelle dans son arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993 est transposable aux dispositions querellées.

Ces dernières constituent précisément des règles d'application de l'intervention de l'assurance obligatoire. Le seul fait que ces règles d'application ont pour effet, en pratique, de transformer une intervention illimitée, liée au seul acte de soins, en une intervention provisoire dont le montant définitif est plafonné n'est pas de nature à rendre la mesure attentatoire à l'article 16 de la Constitution et à l'article 1<sup>er</sup> du 1<sup>er</sup> Protocole additionnel, visé au moyen.

67. En outre, le droit de propriété, visé aux articles 16 de la Constitution et 1<sup>er</sup> du Premier Protocole Additionnel, serait violé, à lire les requérantes, du fait qu'en application de cette disposition, l'intervention de l'assurance « sera refusée »<sup>42</sup>, une fois le seuil de 200 P dépassé.

Le principe qui guide la matière de l'intervention de la sécurité sociale (comme de toute autre mesure, d'ailleurs, qui affecte les deniers publics) est que celle-ci n'est due qu'aux conditions et selon les modalités définies par ou en vertu de la loi. Il n'y a, en d'autres termes, pas de droit subjectif à l'intervention inconditionnée de l'assurance soins de santé.

Au contraire, l'article 35 de la loi AMI dispose expressément en son premier paragraphe, in limine, que « Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé [...] ». Il précise que « Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application<sup>43</sup>, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles ».

Or, la protection du droit de la propriété, telle que décrite à l'article 1<sup>er</sup> du Premier Protocole additionnel à la convention européenne des droits de l'Homme et à l'article 16 de la Constitution, ne vaut que pour des biens actuels et déjà acquis<sup>44</sup>.

Les requérants ne disposent pas d'un droit acquis et immuable dans le temps à une intervention inconditionnée de la sécurité sociale, selon le modèle unique du remboursement à l'acte. Les parties requérantes ne disposent donc pas d'un quelconque droit acquis et actuel de « propriété » sur un quelconque honoraire qui lui serait subitement « retiré ». Elles ne disposent pas davantage d'un quelconque droit acquis et actuel à un « honoraire INAMI » pour l'avenir.

68. Le moyen développé par les parties requérantes consiste à défendre que l'auteur de l'acte aurait été incompétent à prendre les mesures querellées dès lors que ces dernières porteraient restrictions au droit de propriété. Il n'en est rien.

Dès lors que l'incompétence prétendue de l'auteur de l'acte est alléguée sur le fondement d'un postulat inexact, le moyen est non-fondé.

69. Enfin, même à considérer, *quod non*, que les parties requérantes disposeraient d'un droit actuel et acquis de propriété, la restriction alors opérée de ce droit, qui ne pourrait être assimilée à une « privation du droit de propriété » au sens de l'article 16 de la Constitution, n'en serait pas davantage en contrariété avec les normes visées à l'appui du moyen.

L'article 1<sup>er</sup> du 1<sup>er</sup> protocole additionnel, s'il consacre certes le principe du droit de propriété, y associe d'emblée des conditions dérogatoires :

<sup>42</sup> Requête, p. 3.

<sup>43</sup> La partie adverse souligne.

<sup>44</sup> C.E.D.H., Marckx, 13 juin 1979 ; Cour Const., arrêt n° 2590 du 5 juillet 1990 ; Cass., 13 décembre 1985, Arr. Cass., 1986, 554.

- L'usage des biens peut être réglementé dans l'intérêt général et en considération des conditions émises dans la loi ou dans les principes généraux édictés par le droit international ;
- Et ce, sans préjudice de la compétence de contrôle des Etats relative à l'application de certaines normes.

Une large marge d'appréciation est donc confiée aux Etats. Cette marge d'appréciation emporte, en soi, une balance des intérêts en présence et la nécessité d'avoir égard à la proportionnalité de la norme. La restriction au droit de propriété n'est donc nullement absolue : elle n'est constitutive d'une violation du droit de propriété que si elle ne peut être justifiée à l'aune des critères suivants.

La restriction pourra ainsi être légitimée si son auteur poursuit un *but légitime*, et que la mesure prise est en *lien immédiat* avec ce but et s'avère *proportionnée* pour l'atteindre.

70. En l'occurrence, la mesure n'est pas constitutive d'une privation de propriété ; tout au plus constitue-t-elle, ce qu'il faudrait encore démontrer, une restriction de cette liberté, émise en vertu de la loi.

L'objectif poursuivi est assurément légitime dès lors qu'il s'agit de garantir la qualité des soins qui font l'objet d'un financement public.

71. La mesure mise en œuvre participe assurément de cet objectif. Garantir un investissement minimal des prestataires de soins au bénéfice de leurs patients participe indubitablement de la qualité des soins.

72. La mesure, enfin, n'est nullement manifestement disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi.

En premier lieu, elle n'a ni pour objet, ni pour effet, d'empêcher le praticien d'exercer sa profession. Il s'agit uniquement de réglementer l'intervention de la sécurité sociale dans ce cadre. Dans cette mesure, le praticien qui exercera au-delà du seuil de 200 P journalier ne sera pas privé du droit d'exercice, mais uniquement du droit de porter ses prestations en compte de la sécurité sociale, au-delà de ce seuil.

En second lieu, le Roi a précisément entendu fixer un seuil particulièrement élevé, aux fins de ne viser que les comportements manifestement déviants. Comme l'indiquait d'ailleurs Mr Hanson, représentant des organisations professionnelles représentatives des dentistes, au sein du Conseil technique dentaire :

*« Mr. 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 45000 P. En fonction de 300 jours de travail environ, il pense qu'une moyenne journalière de 150 P est acceptable »<sup>45</sup>.*

Pour illustrer ce propos, il suffit de référer à des exemples. Ainsi, par exemple, la consultation est valorisée à 3 P. Ceci signifie que le dentiste peut donc réaliser 65 consultations par jour, en moyenne sur 30 jours, en restant sous le seuil. Si donc le dentiste travaille 16 heures par jour à raison de 4 consultations par heure, il n'atteint pas le seuil.

Ce constat vaut par ailleurs en prenant en considération uniquement la consultation attestable à la sécurité sociale. Or, même pour les dentistes qui ne travaillent que pour une clientèle qualifiée de « sociale », des prestations en-dehors de la nomenclature sont réalisées. Ainsi, les extractions dentaires entre 18 et 55 ans ne sont pas remboursées, de même que certaines prothèses ne font l'objet que d'un remboursement limité. Il s'agit là pourtant de soins dont bénéficient également, sinon plus encore, les patients sociaux.

45

Pièce n° 1.

Le seuil de 200 P est donc particulièrement élevé, de l'aveu même des représentants de la profession de dentiste.

73. La mesure, en ce qu'elle vise précisément des profils « déviants » (les « outliers »), n'est assurément pas (manifestement) disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi. L'avantage de la mesure pour l'intérêt général est indéniable : elle participe à l'amélioration de la qualité des soins offerts. Le désagrément est, par ailleurs, de nature uniquement (et seulement hypothétiquement<sup>46</sup>) pécuniaire : la prestation au-delà du seuil est portée en compte irrégulièrement.

La mesure ne fait pas peser de charges démesurées aux prestataires de soins, n'est nullement arbitraire et est par conséquent proportionnée au but poursuivi.

À nouveau, les enseignements de l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 84/93 du 7 décembre 1993 sont éclairants à cet égard. On y lit, dans les développements consacrés au quatrième moyen :

*« B.14. 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 ».*

De la même manière, les dispositions querellées se justifient au regard de l'objectif poursuivi, qui consiste à garantir une prestation de qualité, en lien avec le financement public qui y est afférent.

Le moyen est non-fondé.

## 2.3 TROISIEME MOYEN

*Pris de la violation de « l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 10, 11, 12, 14, 33, 105 et 108 de la Constitution, des principes d'égalité et de non-discrimination, du contradictoire ainsi que de la légalité des incriminations, les principes généraux de bonne administration et d'équitable procédure ainsi que du principe de proportionnalité et de l'incompétence de l'auteur de l'acte ».*

### 2.3.1 Rappel du moyen

74. Les requérantes développent leur troisième moyen en trois branches.

<sup>46</sup>

Rien n'empêche en effet de facturer ces prestations à leurs patients, pour autant qu'ils obtiennent leur aval à ce sujet.

75. En une première branche, les parties requérantes soutiennent que l'arrêté attaqué prévoit à l'égard des dentistes des sanctions administratives à caractère pénal alors que de telles sanctions ne peuvent être prévues que par un acte de nature législative.
76. En une seconde branche, le moyen développe que l'arrêté attaqué ne prévoirait aucune mesure d'instruction aux fins d'établir l'existence d'un comportement enfreignant la norme de conduite édictée.

Or, aucune sanction en pourrait être prise qu'à l'issue d'une procédure équitable et contradictoire.

77. Dans sa troisième branche, les requérants soutiennent que l'arrêté attaqué prévoirait une « sanction », qualifiée de « drastique » qui consisterait dans le remboursement « *de l'ensemble des prestations concernées, c'est-à-dire, pas uniquement de celles qui dépassent les 200 P* »<sup>47</sup> et pour une période qui ne serait pas limitée dans le temps.

Dans cette perspective, les parties requérantes soutiennent que l'arrêté querellé mettrait en œuvre une mesure disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi.

### **2.3.2 Irrecevabilité du moyen**

78. Le troisième moyen ne vise manifestement pas l'arrêté querellé.

Ce dernier ne fixe que des conditions de remboursement de prestations de santé. Il ne détermine pas, au contraire, les modalités de contrôle de son respect, ni les sanctions afférentes à sa violation.

Les sanctions liées au non-respect des conditions de remboursement fixées dans la nomenclature sont fixées dans la loi AMI, de même que les modalités de son contrôle, aux articles 73bis et 142.

79. Dès lors que le troisième moyen querelle la sanction afférente au non-respect des conditions de remboursement visées dans la norme querellée, de même que les modalités de contrôle du respect de ces conditions, il vise manifestement une autre norme que la norme attaquée.

Le moyen est, partant, irrecevable.

### **2.3.3 Réfutation**

#### **2.3.3.1 Première branche**

80. Par la première branche du troisième moyen, les parties requérantes soutiennent que les sanctions afférentes au non-respect des conditions de remboursement issues de la norme querellée sont de nature pénale et auraient dès lors dû être reprises dans un acte de nature législative.
81. La sanction afférente au non-respect des conditions de remboursement visées dans la norme querellée est visée à l'article 142 de la loi AMI.

Le débat portant sur la nature de la sanction reprise dans cette disposition n'a pas sa place devant Votre Conseil, dès lors qu'il résulte d'un acte de nature législative.

Ceci étant, dès lors que la sanction querellée n'est pas, contrairement à ce qu'indiquent les parties requérantes, prévue par la norme querellée mais est bien visée dans un acte de nature législative, le moyen manque tant en fait qu'en droit.

<sup>47</sup> Requête, p. 22.

82. Les sanctions prévues ne sont pas, en outre, contrairement à ce qu'indiquent les parties requérantes, de nature pénale.

L'article 142, §1<sup>er</sup>, de la loi AMI ne met en place, comme son libellé l'indique d'ailleurs à suffisance, qu'un mécanisme de récupération de l'indu de nature civile, assorti éventuellement d'une amende de nature administrative.

Le moyen n'est pas fondé.

### **2.3.3.2 Deuxième branche**

83. Les parties requérantes fondent la seconde branche de leur troisième moyen sur l'hypothèse erronée suivant laquelle la procédure de contrôle médical visée aux articles 139 et suivants de la loi AMI ne serait pas applicable en cas de non-respect des conditions de remboursement repris dans la norme querellée.

Il n'en est rien.

84. Le non-respect desdites conditions de remboursement constitue une infraction, au sens de l'article 73bis, 2°, de la loi AMI qui dispose :

*« 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<sup>er</sup> :*

*[...]*

*2° 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 »*

Cette infraction est poursuivie suivant la procédure connue du contrôle médical.

Le moyen manque en fait en en droit.

### **2.3.3.3 Troisième branche**

85. La lecture opérée par les parties requérantes suivant laquelle la sanction afférente au non-respect des conditions de remboursement visées dans la norme querellée consisterait en un remboursement, non pas de prestations qui dépassent les 200 P, mais au contraire de l'ensemble des prestations effectuées, n'est pas exacte.
86. On n'aperçoit pas, en effet, sur quelle base les parties requérantes fondent leur thèse : la norme querellée ne fixe pas la moindre sanction.
87. Au-delà, la partie adverse affirme que tel n'est pas le contenu de la norme querellée. La lecture opérée par les parties requérantes leur est propre.

Le moyen est non-fondé.

**PAR CES MOTIFS,**

Plaise au Conseil d'État de rejeter le recours et de condamner les parties requérantes aux frais.

Fait à Bruxelles,  
le 25 juin 2013,

Bruno Fonteyn

Pierre Slegers

**INVENTAIRE DU DOSSIER ADMINISTRATIF**

1. Proposition du Conseil technique dentaire du 19 avril 2012
2. Procès-verbal de la réunion de la commission dento-mutualiste du 24 avril 2012
3. Avis de la Commission de contrôle budgétaire du 6 juin 2012
4. Procès-verbal de la réunion du comité de l'assurance du 11 juin 2012
5. Examen d'évaluation d'incidence du 9 juillet 2012
6. Avis de l'inspecteur des finances du 23 juillet 2012
7. Courrier du 26 juillet 2012 au Ministre du Budget
8. Accord du ministre du budget du 3 septembre 2012