
MÉMOIRE EN RÉPONSE

POUR: L'ETAT BELGE , représenté par la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, dont les bureaux sont établis à 1000 Bruxelles, Boulevard du Jardin Botanique, 50, bte 175 ;

Partie adverse ;

Ayant pour conseils Me Pierre Slegers, Me Céline Pouppez et Me Béryl de Magnée avocats au Barreau de Bruxelles, dont le cabinet est établi à 1050 Bruxelles, Place Flagey, 18 où il est fait élection de domicile pour les besoins de la présente procédure ;

CONTRE: MONSIEUR DAVID HATZKEVICH, dentiste, domicilié à 1090 Bruxelles, clos Jecta, 8 ;

Partie requérante ;

Ayant pour conseil Maître Michel Kaiser, avocat, dont le cabinet est établi à 1040 Bruxelles, boulevard Louis Schmidt, 56.

À Madame et Messieurs les Premier Président et Présidents, Mesdames et Messieurs les Conseillers composant la section du contentieux administratif du Conseil d'État,

Mesdames,

Messieurs,

La partie adverse a l'honneur de vous notifier son mémoire en réponse à la requête en annulation introduite par la partie requérante à l'encontre de :

« l'Arrêté Royal du 2 juin 2015 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 le 12 juin 2015 et entré en vigueur le 1^{er} juillet 2015 ».

La requête en suspension a été adressée à la partie adverse par un courrier du greffe de votre Conseil daté du 4 septembre 2015.

Le présent mémoire en réponse est recevable *ratione temporis*.

Le dossier administratif est notifié concomitamment.

TABLES DES MATIÈRES

1	Contexte juridique et factuel	4
1.1	Contexte	4
1.2	Rétroactes et antécédents factuels	7
1.3	Mécanismes d'adoption des décisions en matière de nomenclature	14
2	Non-fondement des moyens	19
2.1	Premier moyen	19
2.1.1	Rappel du moyen	20
2.1.2	Réfutation	20
2.1.2.1	Première et deuxième branches	20
2.1.2.2	Troisième branche	23
2.2	Second moyen	24
2.2.1	Rappel du moyen	24
2.2.2	Réfutation	25
2.2.2.1	Première branche	25
2.2.2.2	Deuxième branche	29
2.2.2.3	Troisième branche	30
2.2.2.4	Quatrième branche	31
2.2.2.5	Cinquième branche	33
2.2.2.6	Sixième branche	33
2.3	Troisième moyen	34
2.3.1	Rappel du moyen	34
2.3.2	Réfutation	35
2.3.2.1	Première branche	35
2.3.2.2	Deuxième branche	36
2.3.2.3	Troisième branche	37
3	Dépens et indemnité de procédure	37
	Dispositif	39
4	Inventaire des pièces	40
4.1	Dossier administratif	40
4.2	Pièces complémentaires	40

1 CONTEXTE JURIDIQUE ET FACTUEL

1.1 CONTEXTE

1. En vue de s'assurer de prestations de soins de santé de qualité, les pouvoirs publics ont décrit plus avant les conditions de remboursement des soins, appelées « nomenclature des soins de santé ». Ce faisant, les autorités publiques réservent le remboursement des soins aux prestataires qui exercent leur art à certaines conditions, jugées pertinentes pour répondre au besoin que la société entend soutenir.

La loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités (ci-après « loi AMI ») fixe, en sa partie III, le cadre général de « l'assurance soins de santé ». Son article 34 énonce les diverses catégories de prestations de santé prises en charge par par le budget des soins de santé¹.

La loi laisse néanmoins au Roi le soin d'établir la nomenclature des prestations de santé c'est-à-dire d'énumérer les prestations remboursées, d'en fixer la valeur relative et d'en préciser, notamment, les règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles².

Conformément à cette habilitation, le Roi a adopté l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

En annexe à cet arrêté royal, le Roi énumère de manière précise les prestations remboursables ainsi que la qualité des personnes habilitées à les effectuer. Les articles 5 et 6 de cette annexe visent les prestations de soins dentaires et leurs règles d'application.

2. Confronté à un accroissement des coûts des soins de santé et compte tenu de l'identification de comportements de nature frauduleuse dans le chef de quelques prestataires de soins, les autorités ont progressivement instauré dans la plupart des secteurs, des mesures visant à garantir la pérennité de l'accès aux soins.

De telles mesures ont été instaurées dans différents secteurs des soins de santé, dont notamment les kinésithérapeutes et les hôpitaux.

¹ A titre d'exemple, sont ainsi remboursées : les visites et les consultations des médecins de médecine générale et des médecins-spécialistes, les soins infirmiers, les soins donnés par des kinésithérapeutes, les soins dentaires, les accouchements, l'hospitalisation, les préparations magistrales etc.

² Article 35 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Ainsi, par exemple, les kinésithérapeutes ne peuvent attester qu'un certain nombre de valeurs « M » par trimestre et par année³.

En ce qui concerne les hôpitaux, un mécanisme de responsabilisation des acteurs de soins dans le secteur hospitalier a été mis en place en 2002. Ce mécanisme permet un financement plus forfaitaire – par comparaison au financement à l'acte tel que prévu par la nomenclature des prestations de soins de santé – de « certaines pathologies fréquentes, homogènes en termes de coûts et simples en termes de procédures, pour lesquelles on peut facilement repérer des profils de consommation significativement déviants par rapport à une moyenne nationale »⁴. Il s'agit du système des montants de référence. Ce système ne concerne que ce type de pathologies, dites « de routine ». Lorsqu'une surconsommation pour ces pathologies de routine est identifiée dans le cadre de ce système, un remboursement spécifique est prévu.

3. L'acte attaqué s'inscrit dans la même logique : il vise à assurer que les soins dentaires répondent à une qualité suffisante et à lutter contre l'attestation frauduleuse d'un nombre irréaliste de prestations.
4. Comme l'a jugé votre Conseil, notamment dans son arrêt 160.274 du 19 juin 2006,

« il ressort 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, qui ne peuvent cependant pas être disproportionnées par rapport au but poursuivi; que le système de contrôle qui a été instauré par l'arrêté royal attaqué vise à lutter contre la surconsommation médicale; qu'il apparaît ainsi raisonnablement justifié; que la transmission de certaines informations par la voie informatique constitue sans doute une charge imposée aux cardiologues, mais que celle-ci n'a rien de disproportionné; »⁵

Votre Conseil reconnaît dans cet arrêt la légitimité de principe d'une modification de la nomenclature qui vise à limiter, réduire ou contrôler les prestations indues. Votre Conseil y pose comme critère que les conditions de remboursement mises en place soient effectivement cohérentes avec l'objectif poursuivi. Il n'appartient pas, cependant, à votre Conseil de se substituer au Roi dans la détermination des mesures qu'Il préconise.

³ L'article 7 § 19 de la nomenclature prévoit que « L'intervention de l'assurance est subordonnée aux deux conditions suivantes :

- pour une période donnée de trois mois, un maximum de 40.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire;

- pour une période donnée d'une année civile, un maximum de 156.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire». (A.R. 21.2.2014).

⁴ Voyez le rapport du KCE (KCE reports vol. 17 B) intitulé : « Evaluation des montants de référence », https://kce.fgov.be/sites/default/files/page_documents/d20051027318.pdf.

⁵ C.E., arrêt 160.274 du 19 juin 2006.

5. Une telle approche est également retenue par la Cour constitutionnelle. À de nombreuses reprises, la Cour constitutionnelle a été appelée à se pencher sur des mesures de responsabilisation des prestataires de soins de santé.

Tel a été le cas, notamment, de l'évaluation du système précité des « montants de référence ». La Cour constitutionnelle a jugé à cet égard :

« 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.

La disposition attaquée, en visant à mettre fin à une surconsommation médicale par la référence à une moyenne nationale de dépenses, en outre majorée de 10 p.c., ne porte pas atteinte aux obligations morales et professionnelles de médecins ou à la qualité des soins de santé. Toute autre conclusion reviendrait à considérer que la liberté thérapeutique et la qualité des soins ne devraient en rien tenir compte des possibilités budgétaires. »⁶

La Cour y reconnaît la légitimité d'un système visant à refuser l'intervention de l'assurance soins de santé lorsque des soins d'apparence inutiles sont prodigués compte tenu de leur évaluation par la comparaison à la moyenne nationale.

Dans un arrêt subséquent – n° 33/2014 – la Cour constitutionnelle a encore précisé que :

« En soumettant les hôpitaux à un système de montants de référence pour des prestations déterminées et en prévoyant, le cas échéant, un remboursement, le législateur a adopté une mesure en rapport avec le but qu'il poursuit, qui est de lutter contre la surconsommation médicale pour des prestations déterminées. Il dispose en la matière d'un large pouvoir d'appréciation. »⁷

Elle a ajouté que :

« le législateur peut estimer que la meilleure façon d'atteindre l'objectif précité est d'utiliser une réglementation simple à contrôler qui permet de déterminer avec un degré de certitude élevé les dépenses afférentes à certaines prestations. »⁸

⁶ C. Const., arrêt n° 60/2010, considérant B. 9.2. Voir aussi l'arrêt n° 33/2014.

⁷ C. Const., arrêt n° 33/2014, considérant B.16.2.

⁸ C. Const., arrêt n° 33/2014, considérant B.16.3.

6. Dans le cadre de l'acte attaqué, les dentistes eux-mêmes ont constaté qu'une très faible minorité d'entre eux adoptaient des comportements frauduleux.⁹ Ils ont proposé plusieurs mesures afin d'endiguer les fraudes et dépenses inutiles, au nombre desquelles la mesure actuellement attaquée. Cette mesure vise à limiter le remboursement aux soins qui répondent à une qualité minimale, mesurée par l'implication personnelle attendue des professionnels des soins de santé dans leur relation à leurs patients.

1.2 RETROACTES ET ANTECEDENTS FACTUELS

7. 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 entend limiter, pour les soins de dentisterie, le nombre de prestations attestables pour une période de référence. Cette limite est fixée de façon à ce que les actes posés dans ce cadre le soient par des dentistes qui accordent suffisamment de temps à leurs patients pour prodiguer des soins de qualité.
8. L'acte attaqué fait suite à l'annulation, par votre Conseil, 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 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, dans un arrêt n° 228.830 du 21 octobre 2014.

Votre Conseil y a jugé que

« [...] l'objectif de [la] modification législative [du 19 mars 2013] a été de permettre au Roi de prendre des dispositions ayant le même objet que celui de l'acte attaqué. Ceci est d'autant plus évident que tant la loi du 19 mars 2013 que l'acte attaqué procède du constat, partagé par les organes de concertation de l'art dentaire de l'INAMI, qu'à l'égard d'un nombre réduit de praticiens, les interventions annuelles de l'INAMI prennent des proportions irréalistes, en ce sens qu'il est impossible d'assurer un tel nombre de prestations en préservant une qualité minimale et en appliquant correctement les règles de la nomenclature. Ce constat est posé tant par l'exposé des motifs de la loi du 19 mars 2013 que par le Rapport au Roi précédant l'acte attaqué.

De cette intention ainsi exprimée par le législateur, il se déduit qu'avant l'adoption de la loi du 19 mars 2013, le Roi n'était pas compétent pour prendre des dispositions ayant le même objet que celui de l'acte attaqué. »

Sur cette base, Votre Conseil a jugé que

⁹ Voir pièce 20.

« Il s'ensuit que le moyen qui dénonce l'incompétence de l'auteur de l'acte attaqué doit être déclaré fondé ».

9. La modification ainsi annulée consistait, comme l'indiquait 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 était

« 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

« 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 »¹⁰.

10. Les praticiens de l'art dentaire avaient en effet constaté, dès 2012, 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 pouvaient exister quant à leur qualité effective et quant à l'investissement effectif du prestataire pour la réalisation desdites prestations¹¹.

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

Sur la base de ce constat, s'était 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.

¹⁰ Rapport au Roi précédant l'arrêté royal du 17 janvier 2013 – pièce 21.

¹¹ Pièces **Error! Reference source not found.** et 1.

11. À la demande de la Commission dento-mutualiste¹², le Conseil technique dentaire (CTD) avait émis, en 2012, une première proposition de modification de la nomenclature en ce sens¹³.

Il s'agissait d'introduire une variable d'ajustement qui permettait de s'assurer que la qualité des soins remboursés réponde à un standard minimum et à une présence minimale du prestataire. Ceci fonctionnerait au travers de la limitation du nombre ou de la valeur des prestations susceptibles d'être portées en compte de la sécurité sociale par période de référence.

La proposition émise par le Conseil technique dentaire (CTD) en sa séance du 19 avril 2012¹⁴ présentait un double aspect. Comme le précisait le rapport au Roi qui précède l'arrêté du 17 janvier 2013, il s'agissait 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 précisait 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* »¹⁵.

L'idée était, sur cette base, d'établir un mécanisme qui réserve le remboursement des soins de santé aux praticiens qui exercent 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 période était retenu.

En ce qui concerne le mécanisme du coefficient, le Conseil technique dentaire (CTD) s'accordait sur une proposition d'ajout d'un article 6, §19, rédigée comme suit¹⁶ :

« §19. À 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) ».

¹² 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 – voir ci-dessous, 1.3 - Mécanismes d'adoption des décisions en matière de nomenclature.

¹³ Pièce 1.

¹⁴ Pièce 2 .

¹⁵ La partie adverse souligne.

¹⁶ Pièce 1.

En ce qui concernait ensuite le « *total annuel en P* », le Conseil technique dentaire (CTD) estimait que la fourchette raisonnable pour la détermination d'un plafond portait sur une moyenne journalière de 150 à 180 P¹⁷.

Cette proposition fut discutée en séance de la commission dento-mutualiste du 24 avril 2012, qui approuva la proposition formulée, étant entendu qu'elle ne retenait plus un plafond sur une moyenne journalière de 150 à 180 P, mais augmentait ce plafond à 200 P¹⁸.

12. Ce constat qu'une minorité de praticiens de l'art dentaires ont une activité qui prenait des proportions irréalistes fut posé aussi par le législateur et a mené à une modification de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après « loi AMI » ou « loi du 14 juillet 1994 »), spécifiquement en son article 35. Le législateur a exposé l'objectif de la modification comme suit :

« 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. À 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 prestations qui peuvent être portées en compte de l'assurance obligatoire soins de santé au cours d'une période de référence déterminée. »¹⁹

13. C'est sur cette base, par ailleurs, que Votre Conseil annulera l'arrêté royal du 17 janvier 2013 précité par son arrêt n° 228.830 du 21 octobre 2014.
14. Dès la négociation de l'accord dento-mutualiste suivant, la difficulté liée à la fraude en matière de dentisterie fut prise en compte. En son point 8 (« Mesures anti-fraude ») cet accord dispose :

« Dans le cadre du présent Accord national, la CNDM fait de la prévention de la lutte contre la fraude au niveau des soins dentaires dans l'assurance maladie obligatoire une de ses priorités. Elle entend mettre un terme à plusieurs abus commis par certains praticiens de l'art dentaire, parfois avec le concours du patient, en prenant des mesures ciblées.

¹⁷ Pièce 1.

¹⁸ Pièce 2.

¹⁹ Doc. Parl., Ch. des représ., s.o. 2012-2013, n° 53-2600/001, pp. 18-19 – pièce 22. La partie adverse met en exergue.

8.1. La CNDM veut mettre en exécution les mesures suivantes :

1. Réinstaurer un mécanisme de nomenclature avec des valeurs P visant à limiter les outliers dans l'art dentaire.

[...] »²⁰

La restauration – dans une forme et selon des règles conformes aux enseignements de l'arrêt précité de votre Conseil – d'un mécanisme de modalisation de la nomenclature par l'introduction d'une constante P, constitue la première mesure préconisée par la Commission Dento-Mutualiste. Les dentistes y insistent pour que la mesure entre en vigueur le 1^{er} juillet 2015.

15. Sur la base de cette demande claire, le Conseil Technique Dentaire s'est saisi à nouveau du sujet.

Dans sa réunion du 22 janvier 2015, une nouvelle proposition de mesure a été discutée, sur la base de notes préparatoires du Conseil technique dentaire (CTD) 15-01²¹ et 15-02²². Celle-ci détaille, par acte de la nomenclature, le ratio d'intervention effective du praticien de l'art dentaire.

Les discussions au sein dudit Conseil technique portent sur divers aspects de la mesure. Ainsi, le Conseil s'interroge sur la pertinence de la mesure, sur la distinction à opérer entre dentistes maître de stage et autres, sur la distinction entre dentistes « généralistes » et dentistes « spécialistes », sur les autres mesures de contrôle de la réalité et qualité des soins (notamment la prise en compte des dentistes dits « étrangers », ...).

À l'occasion de ces discussions, il a aussi été rappelé comment les valeurs P ont été fixées. Le procès-verbal de cette réunion précise :

« Le Secrétaire présente la note TTR15-02 et rappelle la méthode qui a été appliquée pour arriver aux valeurs P. La valeur P représente l'investissement de travail du dentiste et reproduit pour la prestation la notion de temps/complexité. Pour obtenir la valeur P, le tarif a été pris comme point de départ et une correction a été apportée à ces prestations dont le tarif couvre également un coût de matériel spécifique ou un investissement de temps par tiers. Les frais généraux, comme le règlement de la pratique ou le paiement des assistantes, ont généralement été ventilés entre les valeurs P et n'ont requis aucune correction des rapports entre les valeurs P. L'analyse effectuée dans la note TTR 15-02 refait cet exercice et explique pourquoi des corrections ont été apportées à certaines prestations.

²⁰ Accord Dento-Mutualiste 2015-2016, adopté le 23 décembre 2014 – pièce 20

²¹ Pièce 9.

²² Pièce 9.

M. HELDERWEIRT précise que les coûts spécifiques par prestation ont joué un rôle considérable lors de la fixation des valeurs P. C'est sur ce plan que la note TTR15-02 fournit des indications. »²³

Lors des discussions, le Conseil technique dentaire (CTD) a pris en compte les éléments apparus dans le cadre du précédent recours. Sur cette base, un triple plafond a été proposé. Une proposition a alors été faite, sur laquelle chaque membre a été appelé à se prononcer. Sur les plus de 100 prestations auxquelles sont adjointes une valeur P, une (seule) objection est formulée quant à l'attribution de telles valeurs aux prestations d'orthodontie. Sur la base d'une proposition complète, il est passé au vote et, à l'unanimité moins une voix, le projet devenu l'acte attaqué a été adopté.²⁴

Le représentant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux a émis à cette occasion un avis favorable²⁵.

16. À la suite du travail du Conseil Technique, la Commission Nationale Dento-Mutualiste s'est également à nouveau penchée sur la modification de la nomenclature « *afin de limiter les outliers* ». Comme le rappelle le préambule de la note adressée en vue de la réunion de ladite Commission,

« En exécution du point 8.1.1. de l'accord national dento-mutualiste 2015-2016, le Conseil technique dentaire a élaboré la modification de nomenclature reprise en annexe. Cette proposition réintroduit un mécanisme antifraude qui avait comme but de toucher les praticiens de l'art dentaire qui attestent un grand nombre irréalisable de prestations dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire, les « outliers ». Le mécanisme précédent, introduit dans ce but via l'AR du 17.1.2013, a été annulé par le Conseil de l'Etat le 21 octobre 2014 (arrêts n° 228.830 et 228.831), à cause d'absence de base légale pour introduire une telle mesure. Entre temps l'article 35 de la loi SSI permet pour l'art dentaire, que le Roi fixe des paramètres qui limitent le nombre de prestations attestables lors d'une période de référence. »²⁶

Dans cette note, le mécanisme est décrit et, notamment, la portée de la valeur P. La note expose :

« Comme libellé dans la nouvelle disposition, le coefficient P représente l'investissement en temps du dentiste dans la prestation, il reflète le temps et la complexité de la prestation et fait abstraction du coût du matériel utilisé (y compris le temps éventuellement consacré par des tiers) et des amortissements de la pratique.

Pour obtenir une valeur P correcte pour chaque prestation, le tarif a été pris comme référence pour en soustraire ensuite la quote-part des composantes susnommées.

²³ Pièce 9.

²⁴ Pièces 10 et 11.

²⁵ Pièce 9.

²⁶ Pièce 11.

Pour satisfaire aux remarques de l'auditeur du Conseil d'état dans son rapport du 2 avril 2014, dans lequel il est stipulé qu'il n'était pas possible de déduire du dossier administratif comment la quote-part « acte » et la quote-part « matériel » a été déterminée pour chaque prestation, le Conseil technique dentaire a élaboré une analyse explicative. Par groupe de prestations connexes, il a chaque fois été précisé quels matériaux ont précisément le plus souvent été utilisés pour les prestations visées. On explique également quelle est la quote-part des amortissements et la quote-part d'investissement en temps de tiers, ces éléments ne figuraient pas dans le dossier initial. »²⁷

Sur cette base, des simulations ont été réalisées en vue de s'assurer de la pertinence de la mesure. Il en ressort que la mesure n'est assurément pas déraisonnable, puisqu'elle « toucherait » 23 dentistes sur une période de 12 mois.²⁸

Soucieux des intérêts qu'elle participe à défendre, la Commission Dento-Mutualiste constatera aussi que :

« La mesure ne touche pas au principe de libre accès aux soins de santé. La mesure vise un groupe restreint de dentistes et a pour objectif de s'attaquer aux graves abus qui mettent en danger la survie du système d'assurance actuel. Le point de départ pour réinstaurer cette mesure adhère toutefois encore toujours au contenu du rapport au Roi de l'AR annulé du 17.01/.2013, soit: Cette règle d'application supplémentaire est instaurée à la suite du constat consensuel fait par les partenaires sociaux 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. »²⁹

Sur la base de cette note, la Commission Nationale Dento-Mutualiste a approuvé le projet devenu l'acte attaqué.³⁰

Celui-ci a alors poursuivi son traitement administratif au sein des organes d'avis de l'INAMI et auprès des instances politiques chargées de son évaluation.

17. Ainsi, la Commission de Contrôle Budgétaire a émis un avis positif en date du 11 février 2015.³¹

²⁷ Pièce 11.

²⁸ Pièce 11.

²⁹ Pièce 13. La partie adverse souligne.

³⁰ Pièce 13

³¹ Pièces 14 et 15

18. Sur cette base, le Comité de l'Assurance de l'INAMI a décidé de transmettre le projet à la Ministre des Affaires sociales en date du 23 février 2015.³²
19. Le 16 mars 2015, l'inspection des Finances a émis un avis favorable circonstancié. L'Inspection des Finances y constate que le projet d'arrêté répond, d'une part, au motif d'annulation de Votre arrêt n° 228.830 du 21 octobre 2014 et, d'autre part, aux observations de l'auditorat dans le cadre de ce dossier.³³
20. Fort de cet avis, le Ministre du Budget a marqué son accord sur le projet d'arrêté royal le 3 avril 2015.³⁴
21. Le 11 mai 2015, la section de Législation de votre Conseil a émis un avis³⁵, sur la base duquel le Roi a adopté et promulgué son arrêté le 2 juin 2015.
- Ceci constitue l'acte attaqué.
22. Cet arrêté est publié au moniteur belge du 12 juin 2015 et est entré en vigueur le 1^{er} juillet 2015.
23. Par une requête datée du 7 août 2015, la partie requérante postule l'annulation de l'acte attaqué. Cette requête a été notifiée par courrier recommandé du 4 septembre 2015.

1.3 MECANISMES D'ADOPTION DES DECISIONS EN MATIERE DE NOMENCLATURE

24. Le système de sécurité sociale belge se fonde sur un modèle participatif. Les instances de sécurité sociale sont composées paritairement de représentants des groupes d'intérêt distincts.³⁶ Ce mécanisme, valable au niveau du Comité général de gestion de l'INAMI, se retrouve par ailleurs au niveau de divers organes consultatifs institués auprès de cet institut.

Ainsi, comme le pose l'article 50 de la loi AMI,

« § 1^{er}. Les rapports entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les praticiens de l'art dentaire et les organismes assureurs sont régis par des accords.

Les rapports financiers et administratifs entre les médecins ou les praticiens de l'art dentaire et les bénéficiaires sont normalement régis par les accords précités.

³² Pièce 16.

³³ Pièce 17.

³⁴ Pièce 18

³⁵ Pièce n° 19

³⁶ Voir à ce sujet J-F FUNCK, *Droit de la sécurité sociale*, 2^{ème} édition, Bruxelles, Larcier, 2014, p. 289. Voir aussi, J. VAN LANGENDONCK et J. Put, *Handboek sociale-zekerheidsrecht*, 7^{ème} édition, Anvers, Intersentia, 2006, p. 46.

[...].

§ 2. La représentation [...] des praticiens de l'art dentaire au sein [...] de la Commission nationale dento-mutualiste tient compte des minorités éventuelles; celle des organismes assureurs donne à chacun d'eux la garantie de la présence d'un délégué au moins.

[...].

Les décisions sont acquises lorsqu'elles recueillent les trois quart des voix des membres représentant les organismes assureurs et les trois quarts des voix des membres représentant le corps médical ou les praticiens de l'art dentaire. [...] »

25. 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. [...] »

De même, en application de l'article 61 de ce même arrêté,

« Le Conseil technique dentaire est composé :

1° du président;

2° de six membres effectifs et de six membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les facultés de médecine des universités de Belgique, chaque université ayant droit à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant;

3° de dix membres effectifs et de dix membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organisations professionnelles représentatives des praticiens de l'art dentaire;

4° de huit membres effectifs et de huit membres suppléants, choisis parmi les candidats présentés par les organismes assureurs; pour déterminer la représentation des organismes assureurs, il est tenu compte de leurs effectifs respectifs, chaque organisme assureur ayant droit au moins, à un mandat de membre effectif et à un mandat de membre suppléant.

En cas d'empêchement du président, celui-ci est remplacé par un président suppléant, praticien de l'art dentaire, membre du Comité de l'assurance, nommé par le Roi sur proposition du Conseil technique dentaire. »

Ce Conseil est donc composé majoritairement de professionnels de la santé, principalement des dentistes.

26. Comme le rappelle Jean-François FUNCK, « les décisions concernant la valeur des prestations médicales et l'affectation des moyens financiers sont prises dans des organes réunissant les représentants des prestataires de soins et ceux des mutualités, ces derniers considérés comme représentant les intérêts des patients ». ³⁷

27. L'article 35, § 1^{er}, de la loi AMI dispose que

« Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 4^obis et 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. [...] 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. [...]

Le Roi peut apporter des modifications à ladite nomenclature dans les conditions prévues au § 2. [...] »

C'est sur cette base que l'acte attaqué a été adopté qui insère dans la nomenclature des soins dentaires le paragraphe suivant :

« § 19. A chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P représentant la partie de l'acte (examen ou traitement) qui requiert obligatoirement la qualification de praticien de l'Art. dentaire. Le coefficient P ne reflète pas l'intervention d'un tiers non praticien de l'Art. dentaire ni le coût du matériel utilisé ni l'amortissement des moyens utilisés.

L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : le total des valeurs P ne peut pas dépasser, par praticien de l'art dentaire :

-5000 P pour une période donnée d'un mois civil :

³⁷ J-F FUNCK, *op cit.*, p. 296.

- ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1er janvier ou le 1er avril ou le 1er juillet ou le 1er octobre;

- ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile. »

28. La procédure de modification de la nomenclature est énoncée à l'article 35, §2, de la loi AMI qui dispose quant à lui :

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

1° 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° 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° 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. [...] »

29. Comme cela a été exposé ci-dessus (voir 1.2 – Rétroactes et antécédents factuels), c'est bien cela qui s'est passé en l'espèce : les organes paritaires compétents ont été saisis du dossier et ont formulé une proposition de nature à modifier la nomenclature des soins de dentisterie. Ces organes – composés à tout le moins pour moitié de professionnels des soins de santé – ont jugé :

- 1) Opportun de mettre en place un mécanisme de limitation des actes « irréalistes » ;
- 2) Que la détermination d'une valeur qui représente l'implication personnelle d'un dentiste dans les différents actes de la nomenclature se justifie ;
- 3) Cette implication relative, prestation par prestation ;
- 4) Le travail maximal que pouvait réaliser un dentiste pour pouvoir matériellement offrir des soins de qualité et ceci
 - a) Sur une base temporelle d'un mois (d'activité intense)

- b) Sur une base temporelle d'un trimestre (particulièrement chargé)
- c) Sur une base annuelle (d'un professionnel fort travailleur).

L'acte attaqué a – à l'instar des autres décisions relatives à la nomenclature des soins de santé – été adopté dans la foulée de la demande émanant du secteur lui-même : il y a lieu de mettre un terme aux comportements irréalistes d'une très petite minorité de dentistes.

Sur cette base, les critères d'évaluation de ce qui est « irréaliste » ont été déterminés par les organes spécialisés de l'INAMI. Ceux-ci, étant composés de manière (au moins) paritaire ont raisonnablement établi que la part de travail d'un dentiste dans les différents actes de nomenclature permettait – tout en garantissant des soins d'une qualité suffisante pour justifier l'intervention de l'assurance soins de santé – un maximum de 200 P par jour, traduits dans un triple plafond de 5000 P mensuellement, de 13 000 P trimestriellement et de 46 000 P annuellement.

Prenant en compte une activité très élevée – ponctuellement pendant un mois, périodiquement pendant un trimestre ou habituellement pendant un an – ces professionnels ont établi le maximum de travail qu'un dentiste peut effectuer tout en assurant une présence suffisante et de qualité auprès de son patient. Afin de prendre en compte des situations exceptionnelles, trois périodicités ont été envisagées.

La mesure adoptée dans le cadre de l'acte attaqué vise à déterminer une des modalités des soins que l'assurance soins de santé souhaite prendre en charge : l'assurance soins de santé ne souhaite intervenir que pour des soins dans lesquels le praticien accorde une attention suffisante à son patient et une présence raisonnable. Cette présence est fixée sur la base d'un maximum de travail pour les trois durées en cause représentant une activité particulièrement élevée, telle que mesurée par lesdits professionnels eux-mêmes³⁸.

30. En cas de dépassement des plafonds fixés par la nomenclature, il y a lieu de considérer que des prestations non-conformes à la nomenclature ont été attestées. L'article 73bis, 2° de la loi du 14 juillet 1994 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, § 1er :

(...)

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la

³⁸ Notamment Pièces 1 et 2.

présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi;

Ce « libellé générique » vise de façon générale les prestations non conformes à « la nomenclature des soins de santé »³⁹.

Dans cette hypothèse, l'article 142 de la loi du 14 juillet 1994 prévoit les mesures suivantes :

« § 1er. 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 du remboursement 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°;

(...)

8° (...)

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. »

2 NON-FONDEMENT DES MOYENS

2.1 PREMIER MOYEN

31. 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, de l'incompétence de l'auteur de l'acte ainsi que 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. »

³⁹ S. Hostaux, in *Le droit de l'assurance soins de santé et indemnités*, Bruxelles, Éditions Larcier, 2009, p. 439.

2.1.1 Rappel du moyen

32. Dans la première branche du moyen, la requérante soutient en substance que l'acte attaqué a pour conséquence de contraindre le dentiste qui a dépassé le quota de points P fixé, à un remboursement ainsi qu'à des sanctions administratives et pénales dont la nature et l'ampleur ne sont pas prévisibles⁴⁰.

Or, les dispositions invoquées à l'appui du moyen, en ce compris le principe de sécurité juridique, impliquent que les conséquences en droit de tout comportement doivent répondre à une exigence de prévisibilité.

33. Dans la deuxième branche de son premier moyen, la requérante soutient que l'arrêté attaqué ne permet pas au dentiste de calculer le nombre de P réalisés et de savoir si des prestations réalisées seront remboursables au moment où il les accomplit et si, en les effectuant, il s'expose à des sanctions pénales ou administratives.

34. Dans la troisième branche de son moyen, la requérante considère qu'aucun motif exact, pertinent ou adéquat ne justifie que les quotas des points P mensuels, trimestriels et annuels soient fixés de façon dégressive et ne soient pas fixés de manière simplement proportionnelle.

2.1.2 Réfutation

2.1.2.1 Première et deuxième branches

35. 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 »⁴¹.

À tout le moins, ce principe suppose que le contenu de la norme soit prévisible et accessible « à un degré raisonnable ».

Particulièrement, en ce qui concerne les mesures de responsabilisation des acteurs des soins de santé, la Cour constitutionnelle a déjà 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 »⁴².

⁴⁰ Requête, p. 6 à 7.

⁴¹ 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.

⁴² Arrêt n° 114/2007 du 19 septembre 2007, point B.19.

Dans le même sens, la Cour constitutionnelle a validé la mesure en vertu de laquelle l'intervention de la sécurité sociale pour des prestations de soins données 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 :

« 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 »⁴³.

De manière générale, 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 connu à l'avance. C'est au contraire le « contenu » du droit qui doit l'être.

36. En l'espèce, **la norme de comportement est connue à l'avance** : il s'agit des seuils de 5000 P de moyenne mensuelle, de 13000 P de moyenne trimestrielle et de 46000 P de moyenne annuelle.

Le facteur P correspondant à chaque prestation est repris dans l'acte attaqué, pour chaque acte. Il suffit donc d'opérer un calcul mathématique pour opérer soi-même le constat du respect ou non de la norme.

Il est très clair, à la lecture de l'acte attaqué, que toutes les prestations attestées par le dentiste rentrent dans ce calcul, peu importe que le patient oublie d'en solliciter le remboursement auprès de son organisme assureur ; l'objectif est en effet d'induire un comportement vertueux, correspondant à des prestations conformes et de qualité, dans le chef des dentistes.

Le système est donc parfaitement prévisible pour le prestataire de soins qui peut, seul ou à l'aide d'un programme informatique, calculer lui-même le nombre de P correspondant au nombre des prestations qu'il a effectuées.

37. De même, **les modalités de constatation de la méconnaissance éventuelle de la norme de comportement et les conséquences qui y sont attachées sont connues**. Le constat de la méconnaissance s'opère à l'occasion d'un contrôle de conformité réalisé, comme le constate d'ailleurs la requérante elle-même, par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, suivant la procédure mise en œuvre par la loi du 14 juillet 1994 aux articles 139 et suivants. Cette procédure

⁴³ Point B.9.2.

prévue se déroule dans le respect du principe du contradictoire et du Code pénal social, et sous le contrôle des cours et tribunaux.

Dans les travaux préparatoires de la loi du 19 mars 2013 qui a introduit à l'article 35 § 1^{er} alinéa 2 de la loi du 14 juillet 1994 la base légale de l'acte attaqué :

« 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. » (Doc. parl., 53-2600/5, p. 11)⁴⁴

Cette norme, plus encore, est réaliste et correspond à un comportement en lui-même déjà particulièrement « actif ». Pour rappel, les discussions au sein de la Commission Dento-mutualiste ont fait apparaître que :

« En choisissant cette formule, le CTD espère répondre aux remarques effectuées par l'auditeur du Conseil d'état dans le rapport du 2 avril 2014, ce, dans le cadre du traitement des requêtes en annulation de l'AR du 17.1.2013. L'auditeur estimait que dans le mécanisme anti-fraude annulé, il n'était pas évident de déterminer la moyenne sur une période plus longue avec des interruptions. La nouvelle formule répond à ce défaut en travaillant avec des périodes fixes, où l'on sait clairement quand la période prend cours et où les éventuelles interruptions n'interviennent pas dans la formule.

Pour la fixation des valeurs plafond, on est parti de la valeur 200P qui figurait déjà dans la mesure annulée. Partant de la valeur limite de 200P par journée de travail, cela signifie par exemple qu'un dispensateur ne dépasse les critères que lorsqu'il/elle :

- *était acti(ve)f au moins 25 jours à P200 ;*
- *ou, au cours d'un trimestre, était actif 65 jours à P200 ;*

⁴⁴ Pièce 22.

- ou, au cours d'une année, était actif 230 jours à P200.

Prenant en compte la même valeur que dans le cadre de l'arrêté royal du 17 janvier 2013, (200P sur base journalière), la Commission estime qu'il peut en effet y avoir, sur une période d'un mois, une surcharge de travail pouvant expliquer qu'un dentiste soit actif au moins 25 jours sur le mois et atteste jusqu'à 200 P par jour. »⁴⁵

Les articles 73bis, 2° et 142 § 1er 8° de la loi du 14 juillet 1994 indiquent par ailleurs quelles sont les conséquences qui s'attachent à l'attestation de prestations non conformes à la nomenclature.

Par la mesure querellée, le prestataire sait la quantité de prestations de soins de santé qu'il lui est possible d'attester. Il sait comment adapter son comportement à la norme. 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 du 14 juillet 1994 par les prestataires. Il sait également que l'évaluation du dommage subi par l'assurance du fait d'une non-conformité de ses prestations avec la nomenclature relève de la compétence du service d'évaluation été de contrôle sous contrôle des cours et tribunaux.

Le contenu du droit est prévisible et accessible.

Les première et deuxième branches du moyen ne sont pas fondées.

2.1.2.2 Troisième branche

Comme cela a été exposé ci-dessus (1.3 Mécanismes d'adoption des décisions en matière de nomenclature), le plafond mensuel fixé dans l'acte attaqué est tellement haut qu'aucun dentiste ne pourrait tenir un tel rythme durant 3 mois, et, à fortiori, durant un an.

Ainsi, les simulations menées par les services compétents révèlent qu'en partant d'une valeur de 200P par jour de travail (valeur qui avait été fixée comme un absolu maximum par le secteur lui-même), on compte :

- En un mois, que le dentiste a été actif à ce rythme durant 25 jours (il y a 28 à 31 jours, weekends end compris, dans un mois) ;
- En un trimestre, que le dentiste a été actif pendant 65 jours (il y a entre 90 et 92 jours, weekends compris, dans un trimestre) ;
- En un an, que le dentiste aura été actif à ce rythme pendant 215 à 230 jours (il y a entre 364 et 365 jours sur un an, weekends compris).

⁴⁵ Pièce 11

Les plafonds fixés reconnaissent donc la possibilité d'une surcharge de travail très importante mais temporaire.

Cette idée de dégressivité est également présente dans la nomenclature des kinés (article 7 § 19 de la nomenclature).

Il n'est pas manifestement déraisonnable, compte tenu de l'objectif de la norme attaqué et des plafonds particulièrement hauts qui ont été fixés de prévoir des plafonds dégressifs à mesure que la période de référence s'allonge.

La branche du moyen n'est pas fondée.

2.2 SECOND MOYEN

38. Un second moyen est pris par la requérante « de la violation de l'article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, de la violation des articles 10, 11, 16 et 23, alinéa 3, 2° de la Constitution, notamment en ce que cette dernière disposition est revêtue d'une obligation de *standstill*, de la violation de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités, notamment ses articles 53 et 73, de la violation des articles II.3 et II.4 du Code de droit économique, de la violation 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, de la violation du principe général de droit de liberté diagnostique et thérapeutique, de la violation 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. En sa première branche, le moyen développe que l'acte attaqué a pour effet d'interdire aux dentistes d'effectuer dans certaines circonstances des prestations remboursables qu'ils estiment nécessaires.

40. En sa seconde branche, le moyen développe que l'arrêté attaqué soustrait dans certaines circonstances des prestations de la possibilité de remboursement.

La partie requérante développe en substance qu'une telle soustraction entraînerait un recul significatif dans la protection du droit à la santé.

41. En sa troisième branche, la requérante soutient que l'arrêté attaqué établit une forme de présomption irréfragable de fraude dans le chef de certains dentistes, portant ainsi une atteinte grave à leur honneur et à leur réputation.

42. En sa quatrième branche, la requérante soutient que l'arrêté attaqué attribue un coefficient P à chacune des prestations de l'art dentaire de manière arbitraire, sans qu'il ne soit possible d'en vérifier la pertinence.

Or, tout acte administratif, réglementaire ou individuel, doit reposer sur une justification exacte, pertinente et adéquate.

43. En sa cinquième branche, le moyen développe que l'acte attaqué limite les prestations des dentistes qui travaillent de manière intensive, portant ainsi atteinte à leur liberté d'organiser l'exercice de leur profession comme ils l'entendent.
44. Enfin, en sa sixième branche, la requérante soutient que l'arrêté attaqué a pour effet de priver d'une partie de leurs revenus les dentistes qui dépassent un volume de travail de 5000 P pour un mois civil, de 13.000 P pour un trimestre, ou de 46.000 P pour une année civile.

Cependant, la privation du droit de propriété ne peut être prévue que par une loi.

2.2.2 Réfutation

2.2.2.1 Première branche

45. L'objectif de la mesure querellée est de garantir la qualité des soins et d'éviter les abus sans porter préjudice à la liberté thérapeutique et diagnostique du prestataire.

Ce faisant, la mesure querellée ne porte pas atteinte à la liberté thérapeutique et diagnostique du dentiste. Comme le rappelle régulièrement Votre Conseil, cette liberté concerne en effet le choix des moyens auxquels le prestataire estime devoir faire appel pour poser le diagnostic soit pour déterminer ou exécuter le traitement⁴⁶.

Néanmoins, comme le rappelle aussi Votre Conseil, cette liberté thérapeutique est indépendante du remboursement des moyens utilisés pour traiter une pathologie spécifique.

Ainsi, dans son arrêt n° 220.767, rendu dans le cadre d'un pourvoi en cassation administrative dirigé contre une décision de la Chambre d'appel instaurée au sein du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI⁴⁷, Votre Conseil a précisé que:

“De therapeutische vrijheid (...), staat los van de vergoedbaarheid van de middelen die worden gebruikt naar aanleiding van een specifiek ziektebeeld. Het staat een arts immers in beginsel vrij steeds die middelen te gebruiken of voor te schrijven die hij

⁴⁶ C.E. 171.792 du 4 juin 2007 ; C.E. 219.559 du 30 mai 2012.

⁴⁷ Dans cette affaire, la décision du service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI avait précisément été prise sur pied de l'article 73bis de la loi du 14 juillet 1994.

aangewezen acht, wat ook hun vergoedbaarheid weze onder de gelding van de verplichte ziekteverzekering”.

Traduction libre :

“La liberté thérapeutique (...) est indépendante du remboursement des moyens qui sont utilisés pour traiter une pathologie spécifique. Un médecin est en effet en principe toujours libre d'utiliser ou de prescrire les moyens qu'il juge appropriés, quel que soit leurs statut de remboursement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire. »

Dans un autre arrêt, n°205.919 du 28 juin 2010, Votre Conseil a jugé que :

“Overwegende dat geen enkele bepaling van wetgevende aard voorschrijft dat de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen onbeperkt moet zijn; dat de therapeutische vrijheid van de geneesheren impliceert dat ze, zij het om redenen van psychologische aard, ervoor kunnen kiezen om een specialiteit voor te schrijven zonder dat de meeruitgaven die er voor de patiënt het gevolg van zijn in overdreven mate op deze keuze wegen; dat evenwel uit de op 14 juli 1994 gecoördineerde wet blijkt dat de uitoefening van de geneeskunde afhankelijk kan worden gesteld van bepaalde verplichtingen in het kader van de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen, die echter evenredig moeten blijven met het nagestreefde doel.”

Traduction libre:

“Attendu qu'aucune disposition de nature législative ne prescrit que l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités soit illimitée ; que la liberté thérapeutique des médecins implique qu'ils puissent, mettons pour des raisons de nature psychologique, choisir de prescrire une spécialité sans que les coût supplémentaires qui en découlent pour le patient ne pèsent de façon exagérée sur ce choix ; (attendu) cependant qu'il découle de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 que l'exercice de l'art médical peut être soumis à des obligations déterminées dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, qui doivent cependant être proportionnées à l'objectif poursuivi ».

46. Comme exposé ci-dessus (1.1 – Contexte), des mesures semblables de rationalisation de l'offre et de prévention de la fraude ont été mises en place dans d'autres secteurs des soins de santé. Tel a été le cas, notamment, de la biologie clinique, pour laquelle le législateur avait introduit un plafond d'intervention. Celui-ci, repris aux articles 20 à 22 de la loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses, mettait en place 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.

En l'espèce, la mesure litigieuse 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, les praticiens de l'art de dentaire restent en mesure de prescrire et de réaliser toutes les prestations qu'ils estiment nécessaires. Le patient sera en tout état de cause remboursé pour ces prestations.

47. Si un dentiste choisit de dépasser des plafonds de valeur P, c'est une indication qu'il a, lors de la période donnée soit commis des fraudes, soit réalisé des prestations de pauvre qualité. Dans les deux cas, le prestataire de soins qui décide de réaliser malgré un dépassement des plafonds des prestations, sait que certaines de ses prestations ne sont pas conformes. Il incombera alors au service d'évaluation et de contrôle d'examiner la situation.

Ce seuil de 200 P/jour sur une longue période a été déterminé compte tenu précisément de son caractère particulièrement élevé et même « irréaliste ». Comme l'indiquait Mr Hanson, représentant des organisations professionnelles représentatives des dentistes, au sein du Conseil technique dentaire dans le cadre de l'adoption de l'arrêté du 17 janvier 2013 :

« 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 »⁴⁸.

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 1 mois, 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.

Il est évidemment qu'un tel rythme journalier, déjà difficile à croire, n'est pas tenable tous les jours durant 30 jours. La limite mensuelle de 5000 P a donc été fixée.

Pour prendre un exemple journalier plus réaliste, une limite de 200 P représenterait sur la même journée, sans aucune pause:

- 9 patients pour des prestations de prévention, par exemple :
 - 6 pour un examen annuel de la bouche (6 x 21 min, P 48) et 4 radio dentaires (4 X 7 min – P 16) = 154 min - P 64 – 533€
 - 3 détartrage - 4 quadrants = 84 min - P 24 - 165 €

- 9 patients pour des plombages et endodontie :

⁴⁸ Pièces 1 et 2.

- 2x double canal, incl. intervention intrabuccale, digue, plombage blancs = 114 min – P24 – 272€
 - 1x triple canal, incl. Intervention intrabuccale, digue, plombages blancs = 77 min – P16 – 188 €
 - 2x couronnes = 84 min – P 18 – 176 €
 - 2x 1 remplissage (vlaksvulling) = 40 min – P 6 – 59 €
 - 2x 2 remplissage (vlaksvulling) = 52 min - P 10 – 88 €
- 2 patients pour des prothèses:
- 1x placement d'une sous- prothèse complète = 37 min – P 38 – 565 €
 - 1x placement d'une sous prothèse récente (pas volledige onderprothese) (ne peut pas encore être attestée) = 37 min – P0

Total : 679 minutes (= 11 heures et 19 minutes sans interruption) 200 P, 2.046 €.

48. Les seuils mensuels, trimestriels et annuels de valeur P sont donc particulièrement élevés, de l'aveu même des représentants de la profession de dentiste⁴⁹.

Par conséquent, le fait d'accomplir des prestations dépassant les seuils signifie donc bien « raisonnablement » que le prestataire qui les effectue ne peut pas y consacrer le temps nécessaire pour que la qualité des soins soit remplie ou qu'il existe une fraude. Les seuils de valeur P sont fixés par une Commission composée paritairement et dans laquelle siègent des représentant des dentistes qui connaissent les appareils disponibles et les actes à accomplir.

Ce constat est encore renforcé par le fait qu'il ne vaut qu'en prenant uniquement en considération 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.

49. 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 hypothétiquement⁵⁰) pécuniaire : la prestation au-delà du seuil est portée en compte irrégulièrement.

⁴⁹ Pièces 1 et 2.

⁵⁰ Rien n'empêche en effet de facturer ces prestations à leurs patients, pour autant qu'ils obtiennent leur aval à ce sujet.

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.

50. 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.

En sa première branche, le moyen est non-fondé.

2.2.2.2 Deuxième branche

51. Le moyen, en sa deuxième « branche », est irrecevable.

La partie requérante y affirme en effet identifier une atteinte aux intérêts des patients. Elle n'est cependant ni la garante de l'intérêt général, ni de l'intérêt des patients qu'elle soigne.

Elle n'a pas d'intérêt à invoquer une discrimination dont seraient affectés des tiers, à savoir les patients⁵¹.

La branche du moyen manque en fait et en droit.

52. L'argumentation tenue par la partie requérante est, en outre, tout-à-fait paradoxale.

⁵¹ Cfr. Arrêt du Conseil d'Etat, n° 221.728 du 13 décembre 2012.

C'est précisément dans l'intérêt des patients que la mesure querellée est mise en œuvre : il s'agit de garantir la qualité des soins prodigués, en invitant les praticiens à y consacrer l'investissement nécessaire.

Le risque, pour le patient, de se voir refuser les soins, est nécessairement consécutif au refus du prestataire de s'inscrire dans le régime de sécurité sociale mis en œuvre, et à son choix de ne pas tenir compte, au mépris de son obligation légale et déontologique, des moyens globaux mis à disposition par la société.

Ce « risque » ne se réalise donc pas par la mise en œuvre de la norme querellée mais par le choix délibéré du praticien de ne pas s'y conformer.

53. De plus, la partie requérante sous-entend qu'il incomberait au patient de supporter les frais liés aux prestations, en principe remboursables, au motif que le dentiste aurait dépassé le nombre de P maximal requis par la norme.

Ce raisonnement ne tient pas.

Le patient, qui est le bénéficiaire du remboursement, se verra rembourser la prestation dentaire effectuée, même si le dentiste qui l'effectue a dépassé les plafonds fixés au moment où il effectue la prestation. Il ne voit donc pas ses droits affectés par le comportement de son prestataire de soins. Les organismes assureurs ne sont pas en mesure de vérifier un tel dépassement.

Si le dentiste ne peut lui-même assurer les soins de certains patients lorsqu'il a dépassé les plafonds fixés, il a en tout état de cause l'obligation d'assurer la continuité des soins en renvoyant le patient vers un autre prestataire. Le patient ne sera donc en aucun cas pénalisé :

54. Par conséquent, la branche du moyen n'est pas fondée.

2.2.2.3 Troisième branche

55. Il découle clairement de la note CGV 2015/41 que le dépassement des plafonds entraîne uniquement un constat de « non-conformité » aux règles de la nomenclature qui trouvent leur fondement légal à l'article 35 § 1^{er} 2^{ème} alinéa de la loi du 14 juillet 1994. Dans cette hypothèse, le service d'évaluation et de contrôle est habilité à dresser un procès-verbal dans le cadre des compétences que lui reconnaît la loi. Il n'y a en aucun cas de « présomption irréfragable » ni de « sanction automatique » et le montant à rembourser correspondra au dommage subi par l'assurance (article 142, 8° de la loi du 14 juillet 1994). Celui-ci pourra par exemple être évalué de façon proportionnelle au degré de dépassement. (point 4 de la note CGV 2015/41⁵²).

⁵² Pièce 14.

Aucune publicité spécifique n'est donnée à ce type de procédure de sorte que la requérante ne démontre pas en quoi il pourrait être porté atteinte à son honneur et à sa réputation.

56. La fixation d'un plafond de valeurs P est un moyen complémentaire mis à la disposition du service d'évaluation et de contrôle. Le patient se verra rembourser la prestation dentaire effectuée même si le dentiste qui l'effectue a dépassé les plafonds fixés au moment où il effectue la prestation.

2.2.2.4 Quatrième branche

57. La définition des politiques de sécurité sociale est reconnue par les juridictions belges, et notamment par Votre Conseil⁵³, comme un domaine dans lequel l'État dispose d'une large marge d'appréciation. Les juridictions se contentent à cet égard d'apprécier le caractère **manifestement déraisonnable des choix posés par l'autorité compétente**.
58. L'erreur manifeste d'appréciation est l'attitude qu'aucune autre autorité placée dans les mêmes circonstances n'aurait adoptée. Il ne suffit pas de constater qu'au regard des mêmes critères, telle autre mesure paraît raisonnablement admissible ou semble même meilleure. **Il faut que l'appréciation soit incompréhensible pour tout observateur averti**⁵⁴.
59. Sur la base du dossier administratif et notamment des discussions des organes de concertation de l'INAMI, la fixation de la valeur P dans l'acte attaqué apparaît clairement.

Ainsi la Commission Dento-mutualiste précise que :

« Les valeurs P telles qu'elles ont été attribuées à l'article 5 de la nomenclature au moment de la décision d'annulation du Conseil d'état, sont reprises sans modification (voir annexe 2). Comme libellé dans la nouvelle disposition, le coefficient P représente l'investissement en temps du dentiste dans la prestation, il reflète le temps et la complexité de la prestation et fait abstraction du coût du matériel utilisé (y compris le temps éventuellement consacré par des tiers) et des amortissements de la pratique.

Pour obtenir une valeur P correcte pour chaque prestation, le tarif a été pris comme référence pour en soustraire ensuite la quote-part des composantes susnommées.

Pour satisfaire aux remarques de l'auditeur du Conseil d'état dans son rapport du 2 avril 2014, dans lequel il est stipulé qu'il n'était pas possible de déduire du dossier administratif comment la quote-part « acte » et la quote-part « matériel » a été déterminée pour chaque prestation, le Conseil technique dentaire a élaboré une analyse explicative. Par groupe de prestations connexes, il a chaque fois été précisé quels matériaux ont précisément le plus souvent été utilisés pour les prestations visées.

⁵³ C.E., arrêt n°156.354 du 14 mars 2006. Voyez aussi, C.E., arrêt n° 168.067 du 21 février 2007.

⁵⁴ Voir notamment : C.E., n° 226.938 du 27 mars 2014, Ville de Liège ; C.E., n° 225.613 du 26 novembre 2013, Antoniou et Guilmot ; C.E., n° 225.302 du 31 octobre 2013, Daniels et Pira.

On explique également quelle est la quote-part des amortissements et la quote-part d'investissement en temps de tiers, ces éléments ne figuraient pas dans le dossier initial. »⁵⁵

Dans ce document annexé à la proposition de la Commission dento-mutualiste, le Conseil technique de l'art dentaire décrit la manière dont un pourcentage de quote-part « matériel » a été attribuée aux prestations, ce qui explique la valeur P de chaque prestation⁵⁶.

Cette annexe indique pour chaque prestation comment l'élément matériel a été pris en compte : ainsi pour une prestation X, le pourcentage de « matériel - assistance » sera évalué à 10%. On prendra alors l'honoraire dont on retranchera 10% pour évaluer la valeur P.

Pour une autre prestation, exigeant davantage de compétence techniques de la part du dentiste, la valeur matériel représentera un pourcentage moindre qui sera répercuté dans le calcul de la valeur P.

La valeur P représente la valeur temps / complexité. Le temps compté est uniquement celui qui est évalué comme nécessaire au dentiste pour réaliser la prestation dentaire elle-même. Sont exclus de cette valeur (mais sont inclus dans la fixation remboursement), les formalités administratives et comptables, l'information du patient, la discussion avec le patient, la prise de rendez-vous, l'attente du patient et le nettoyage du matériel utilisé.

60. Les « valeurs » des coefficients « P » ne présentent pas de caractère arbitraire.

Elles sont le fruit de l'évaluation opérée par des professionnels, et en particulier des dentistes, opérant au sein du Conseil technique dentaire et de la Commission nationale dento-mutualiste.

Elles ont été édictées en se fondant, notamment, sur des travaux de recherches universitaires poussées, et en particulier sur la contribution du Dr. E. De Lembre, réalisée sur la base d'une collaboration entre l'Université de Gand et la « Vlaamse beroepsvereniging tandarts » (fédération flamande des dentistes), intitulée « *Standaard Verkoopkostprijsbepaling Tandartsenkabinet* ».

61. Ces valeurs sont d'autant moins arbitraires que les seuils qu'elles fondent sont volontairement très élevés, de manière à ne viser qu'une frange très minoritaire de la profession.

La branche du moyen n'est pas fondée.

⁵⁵ Pièce 11.

⁵⁶ Pièce 14.

2.2.2.5 Cinquième branche

62. C'est précisément dans l'optique de permettre aux dentistes d'organiser librement leur rythme de travail qu'il a été décidé d'avoir égard à la limite journalière de 200P comme moyenne sur un minimum de trente jours ouvrables, en cas de contrôle par le service compétent.

Cette mesure rend la tâche des services de contrôle plus complexe mais s'avérait nécessaire pour pouvoir tenir compte des dentistes qui essaient de concentrer leur travail de manière intensive, sur un laps de temps réduit.

Par conséquent, la réglementation attaquée tient compte de la liberté d'organisation du temps de travail.

La branche du moyen n'est pas fondée.

2.2.2.6 Sixième branche

63. Par son arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993, la Cour constitutionnelle a 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'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 »⁵⁷.

Le constat opéré par la Cour constitutionnelle dans cet arrêt vaut également ici.

L'acte attaqué constitue également une règle d'application de l'intervention de l'assurance obligatoire.

Le simple fait que, sur la base de disposition légales distinctes (articles 73bis et 142 de la loi du 14 juillet 1994) un remboursement correspondant au dommage causé à l'assurance maladie puisse être réclamé, dans le cadre d'une procédure spécifique, ne porte pas atteinte au droit de propriété.

L'article 1^{er} du Premier Protocole additionnel, s'il consacre certes le principe du droit de propriété, y associe d'emblée des conditions dérogatoires :

⁵⁷ Point B.12

- 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 États relative à l'application de certaines normes.

Une large marge d'appréciation est donc confiée aux États. 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.

Comme le souligne la partie requérante elle-même, une restriction au droit de propriété pourra 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.

64. En l'occurrence, 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.

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.

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

En sa sixième branche, 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.

2.3 TROISIEME MOYEN

65. 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, de la violation des principes d'égalité et de non-discrimination, de la violation des principes généraux du contradictoire ainsi que de la légalité des incriminations, de la violation des principes généraux de bonne administration d'équitable procédure ou audi alteram partem et de proportionnalité ainsi que de l'incompétence de l'auteur de l'acte* ».

2.3.1 Rappel du moyen

66. En sa première branche, le moyen développe que l'arrêté attaqué prévoit des mesures devant être considérées, par leur nature, leur objectif et leurs effets, comme des sanctions administratives à caractère pénal.

Or, la requérante rappelle que ce type de sanction ne peut être prévu que par un acte de nature législative.

67. En sa deuxième branche, la requérante soutient que l'acte attaqué ne prévoit aucune mesure d'instruction visant à établir l'existence d'un comportement enfreignant la norme établie et susceptible de sanction.
68. En sa troisième branche, la requérante soutient en substance que la sanction prévue par l'arrêté attaqué est manifestement disproportionnée au regard de l'objectif poursuivi en ce qu'aucune limite quant à la période de prestations à prendre en considération pour le calcul de P n'est fixée.

Ce faisant, l'acte attaqué prévoit l'obligation potentielle de rembourser l'ensemble des prestations portées en compte à l'INAMI en infraction, le cas échéant pendant un trimestre, voire un an.

2.3.2 Réfutation

2.3.2.1 Première branche

69. 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 du 14 juillet 1994, qui dispose en son paragraphe 1^{er} :

« Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 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.

L'acte attaqué a donc bien été pris par l'autorité légalement compétente pour ce faire.

70. Ceci a été confirmé implicitement – mais certainement – par la section de Législation de Votre Conseil dans son avis 57.411/2 du 11 mai 2015 relatif au projet de ce qui est devenu l’acte attaqué⁵⁸.

Appelé à se prononcer sur le projet d’arrêté royal, Votre Conseil s’y est penché principalement sur la question de la compétence de l’auteur de l’acte. Il n’a formulé à cet égard aucune observation.

71. L’acte attaqué ne prévoit pas à l’égard des dentistes des mesures qui devraient être considérées comme des sanctions administratives à caractère pénal.

72. Il fixe simplement les conditions devant être remplies pour qu’une prestation puisse être remboursée. L’assurance soins de santé n’intervient pas dans des soins jugés de qualité insuffisante.

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

À cet égard, les organes paritaires de l’INAMI ont raisonnablement considéré que, lorsque les plafonds fixés par l’acte attaqué sont dépassés, soit que les prestations ne répondent pas à une qualité minimale, soit il y a fraude.

73. En vue de rencontrer ce problème, le Roi a – sur proposition des organes institués au sein de l’INAMI – affiné la description des conditions du remboursement des soins en y adjoignant un coefficient d’implication personnelle du prestataire, la valeur « P ». Au travers de cette définition plus « fine » des prestations, par l’inclusion d’une valeur qui indique la part relative de l’activité du prestataire, le Roi a défini plus avant les soins qu’il considère ouvrir un droit à l’intervention de la sécurité sociale. Il a, en d’autres termes, précisé ce qui relève des soins « subsidiables » ou n’en relève pas.

Il n’est donc pas question ici de sanction administrative à caractère pénal, telle que dénoncée par la partie requérante, puisque l’acte attaqué ne définit que les seules conditions de l’intervention de l’assurance soins de santé.

2.3.2.2 Deuxième branche

74. Comme exposé ci-dessus (2.3.2.1. Première branche), l’arrêté attaqué ne prévoit pas lui-même une quelconque sanction.

Il fixe uniquement les conditions de remboursement des prestations dentaires.

En ce qu’il n’est que l’arrêté d’exécution de l’article 35 de la loi du 14 juillet 1994, rien ne s’oppose à ce que les articles 138, 139 et 142 de la même loi s’appliquent, bien au contraire.

⁵⁸ Cet avis porte sur le fondement juridique du projet, la compétence de l’auteur de l’acte ainsi que l’accomplissement des formalités préalables, conformément à l’article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois coordonnées sur le Conseil d’État. Pièce 19.

Par conséquent, la procédure d'instruction prévue par les articles 138 et suivants de la loi du 14 juillet 1994 est d'application lorsque les conditions de remboursement des prestations (détaillées par l'acte attaqué) ne sont pas remplies et qu'en application des articles 73bis et 142 de la loi du 14 juillet 1994, des mesures doivent être prises (remboursement de l'indu et/ou sanctions).

En sa deuxième branche, le moyen n'est pas fondé.

2.3.2.3 Troisième branche

75. Contrairement à ce que soutient la requérante, l'objet et les effets attachés à la mesure attaquées ne sont pas d'obliger les dentistes dépassant les plafonds à rembourser l'ensemble des prestations comptées dans la calcul du plafond P.

Comme exposé précédemment (2.3.2.1 ; 2.3.2.2), l'arrêté royal attaqué assure l'exécution de l'article 35 de la loi du 14 juillet 1994 et détermine précisément les conditions devant être réunies pour que le remboursement de la prestation dentaire puisse intervenir.

Comme indiqué précédemment, la conséquence d'un dépassement n'est pas automatiquement le remboursement immédiat de toutes les prestations.

Par conséquent, l'acte attaqué ne prévoyant en lui-même aucune sanction, il ne saurait y avoir disproportion au regard du but poursuivi par la mesure.

La troisième branche du moyen n'est pas fondée.

3 DÉPENS ET INDEMNITÉ DE PROCÉDURE

76. L'article 30/1 des lois coordonnées sur le Conseil d'État prévoit la possibilité d'octroyer une indemnité de procédure à la partie ayant obtenu gain de cause.

Cette disposition a été exécutée par l'arrêté royal du 28 mars 2014 relatif à l'indemnité de procédure, entré en vigueur le jour de sa publication, soit le 2 avril 2014. Il s'applique donc à la procédure en suspension ainsi qu'au recours en annulation dont elle est l'accessoire.

L'article 67. § 1^{er} du règlement de procédure prévoit que le montant de base de l'indemnité de procédure est de 700 euros, le montant minimum de 140 euros et le montant maximum de 1.400 euros.

L'article 84/1 du règlement de procédure, tel que modifié par l'arrêté précité, dispose que tout acte de procédure déposé à l'intervention d'un avocat indique le montant sollicité de l'indemnité de procédure.

Conformément aux dispositions précitées, la partie adverse sollicite que la requérante soit condamnées aux dépens et à une indemnité de procédure fixée au montant de base de 700 euros.

PAR CES MOTIFS

Et tous autres à faire valoir, s'il échet, en prosécution de cause,

Plaise au Conseil d'État de :

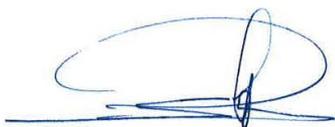
- déclarer la requête en annulation non fondée ;
- condamner la requérante aux dépens et à l'indemnité de procédure de 700 euros.

Fait à Bruxelles, 4 novembre 2015,

Pour la partie adverse,

Ses conseils

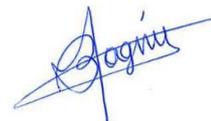
Pierre Slegers



Céline Poupez



Béryl de Magnée



4 INVENTAIRE DES PIÈCES

4.1 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
9. Proposition du Conseil technique de l'art dentaire du 22 janvier 2015
10. Résultats de la consultation écrite du Conseil technique de l'art dentaire du 22 janvier 2015
11. Proposition de la commission nationale dento-mutualiste de janvier 2015
12. Addendum à la proposition de la commission nationale dento-mutualiste de janvier 2015
13. Procès-verbal de la décision de la commission nationale dento-mutualiste du 27 janvier 2015
14. Note du Comité de l'Assurance de l'INAMI (CSS 41/2015 du 03 février 2015)
15. Note du Comité de l'Assurance de l'INAMI (CSS 41add/2015 du 11 février 2015)
16. PV du Comité de l'Assurance de l'INAMI (CSS du 23 février 2015)
17. Avis de l'inspection des Finances du 16 mars 2015
18. Accord du Ministre du Budget du 3 avril 2015
19. Avis du Conseil d'État du 11 mai 2015

4.2 PIECES COMPLEMENTAIRES

20. Accord dento-mutualiste 2015-2016
21. Arrêté royal du 17 janvier 2013
22. Travaux préparatoires de la loi du 27 mars 2013
23. Rapport de l'Auditeur dans l'affaire G/A 208.397 / VI-19.941