



RAPPORT

sur un recours en annulation

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

**En cause :**

1. Monsieur David Hatzkevich, premier requérant,
2. La société privée à responsabilité limitée Dental Clinics, seconde requérante,

ayant pour conseils **Maîtres Michel Kaiser et Emmanuel Gourdin**, avocat, dont le cabinet est établi boulevard Louis Schmidt, 56, à 1040 Bruxelles, où il est fait élection de domicile ;

**Contre :**

L'Etat belge, représenté par son Ministre des Affaires Sociales,

partie adverse,

ayant pour conseils **Maîtres Pierre Slegers et Bruno Fonteyn**, avocats, dont le cabinet est établi chaussée de La Hulpe, 178, à 1170 Bruxelles, où il est fait élection de domicile.

**I. OBJET DU RECOURS ET ETAT DE LA PROCEDURE**

1. Par requête recommandée à la poste le 2 avril 2013, les requérants sollicitent l'annulation de « l'arrêté royal du 17.01.2013 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnité [...] ».
2. Un mémoire en réponse, ainsi que le dossier administratif, et le mémoire en réplique ont été régulièrement envoyés au Conseil d'Etat.
3. L'avis relatif à l'existence du présent recours a été publié au *Moniteur belge* le 17 mai 2013.
4. Invités à communiquer des pièces supplémentaires à l'auditeur soussigné, les conseils de la parties adverse l'ont fait par des courriers électroniques des 5, 7 et 24 février 2014.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Dossier de l'instruction, pièces 1 à 6 et 8.

## II. EXPOSÉ DE LA RÉGLEMENTATION APPLICABLE

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

*« § 1<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. [...]*

*[alinéas 3 et 4]*

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

*[alinéas 6 à 10]*

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

*1<sup>o</sup> 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<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;*

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

*La procédure visée au 3<sup>o</sup> peut être suivie :*

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

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

*4<sup>o</sup> sur la base de la procédure prévue à l'article 51, § 3;*

*5<sup>o</sup> sur la base de la procédure visée à l'article 68, § 1<sup>er</sup>.*

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

*6<sup>o</sup> en ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, 5<sup>o</sup>, [...]*

*§ 2<sup>ter</sup>. [...]*

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

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

L'article 142, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1 et 2, de cette même loi stipule que :

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

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

Enfin, son article 164, alinéa 1<sup>er</sup> et 2, dispose que :

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

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

2. Par son article 21, la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I) a inséré, entre les deuxième et troisième phrases de l'alinéa 2, du paragraphe 1<sup>er</sup>, de l'article 35 précité, la disposition suivante : « En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, 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. »<sup>2</sup>

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

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

Dans les organes de concertation de l'art dentaire de l'INAMI, un consensus s'est formé sur le fait que les profils annuels en dépenses INAMI d'un nombre réduit des praticiens de l'art dentaire prend des proportions irréalistes, dans le sens où il paraît impossible de faire un tel nombre de prestations dans un espace de temps déterminé, sans perdre un minimum de qualité et/ou en appliquant les règles de la nomenclature correctement. A partir de ce constat préoccupant, il est proposé d'étendre les compétences du Roi en matière de nomenclature pour les prestations de l'art dentaire dans le sens où il peut déterminer des paramètres pouvant être utilisés pour limiter le nombre de prestations qui peuvent être portées en compte de l'assurance obligatoire soins de santé au cours d'une période de référence déterminée. »<sup>3</sup>

<sup>2</sup> Les prestations visées à l'article 34, alinéa 1<sup>er</sup>, 1<sup>o</sup>, e) de la loi sont « les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs y compris les prothèses dentaires ».

<sup>3</sup> Doc. parl., Ch. des représ., s.o. 2012-2013, n° 53-2600/001, pp. 18-19.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### III. EXPOSÉ DES FAITS

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

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

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

On peut y lire ce qui suit :

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

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

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

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

*La CNDM charge le CTD d'élaborer au plus tard pour le 30 mars 2012, un projet de modification de la nomenclature qui prévoit que, pendant la période de référence, le plafond exprimé le cas échéant en une valeur*

<sup>5</sup> Dossier de l'instruction, pièce 3.

<sup>6</sup> Dossier de l'instruction, pièce 4, annexe 1.

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

modulée L, ne peut pas être dépassée. Ceci, afin que le SECM puisse, après examen du chiffre d'affaire quotidien moyen du praticien de l'art dentaire, de la réalité et la conformité des prestations avec la nomenclature, récupérer la partie qui dépasse le plafond auprès du dispensateur. Pour tenir compte de la diversité en fonction du temps et du matériel des différentes prestations de la nomenclature dentaire et pour tenir compte des différences engendrées par le statut des patients (régime préférentiel/non-préférentiel), il est conseillé de moduler les valeurs L fixées, en fonction de ces paramètres.

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

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

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

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

Une discussion a ensuite été menée sur les points suivants :

#### 1° opportunité du plafond

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

#### 2° motivation du plafond

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

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

Les tâches de l'AIM sont d'abord définies. L'AIM analyse les données anonymisées au niveau du dispensateur. Une liste est établie renfermant les noms des praticiens de l'art dentaire qui ont dépassé le plafond pendant la période de référence. La valeur P obtenue et le dépassement du plafond sont mentionnés à cet effet. L'AIM ne fournit pas de données certifiées, ce qui signifie que le SECM demandera toutes les pièces pertinentes à chaque O.A séparément. Toutes les pièces seront ensuite analysées et le dépassement en P devra être estimé en remboursement en euros. Etant donné que la plus-value du système dépend en grande partie de la rapidité et de l'efficacité avec

<sup>8</sup> Dossier de l'instruction, pièce 4, annexe 5.



lesquelles les infractions peuvent être traitées, cette procédure est trop lourde pour le SECM qui préfère recevoir un message clair de l'AIM : le dépassement est d'autant et tel montant doit être récupéré. En outre, le SECM ne travaille pas avec les dates auxquelles les prestations ont été réalisées, mais avec les dates auxquelles la prestation a été remboursée. Ce point mérite une attention particulière. En effet, la réussite de l'opération dépend effectivement de la collaboration entre l'AIM et le SECM. Le secrétariat prendra contact avec les deux et il sera convenu de ce qui est réalisable.

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

#### 1) la période de référence

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

#### 2) le plafond

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

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

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

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

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

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

Cette note se présente comme suit :

#### **« CONTENU**

<sup>9</sup> Dossier de l'instruction, pièce 4, annexe 2.

<sup>10</sup> Dossier de l'instruction, pièce 4.

a) La mission du Conseil technique dentaire

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

b) Le coefficient P

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

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

c) Le fonctionnement de l'AIM

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

d) Le rôle du SECM

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

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

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

[...]

**MISSION DE LA COMMISSION NATIONALE**

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>14</sup> Cette liste ne vise pas les dentistes qui sont également maîtres de stage.

<sup>15</sup> Dossier de l'instruction, pièce 5.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. BRONCKAERS répond qu'il a été tenu compte de la part du coût du matériel dans les prestations. Les praticiens de l'art dentaire ont exprimé cela par un ratio, par exemple 0,8 pour les soins conservateurs. Donc, 20 % des honoraires pour ces prestations représentent le coût du matériel. Il est mis en avant que cette part serait trop



*faible. Il peut en être tenu compte lors de la fixation du plafond. Ce doit être fait de telle sorte que seuls les grands outliers soient touchés.*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Afin de tenir compte des remarques relatives à la délégation à la Commission nationale dento-mutualiste et/ou au Comité de l'assurance, à la révision des valeurs P, au plafond, à l'activité minimale et au rôles respectifs de l'AIM et du SECM émises lors de la réunion de la Commission

<sup>16</sup> Dossier de l'instruction, pièce 6.

nationale dento-mutualiste du 29 mars 2012, il est proposé de modifier le paragraphe 19, de manière à ce qu'il se présente désormais comme suit :

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

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

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

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

**« Délégation des valeurs P et fixation d'un plafond**

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

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

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

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

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

**Texte de la nomenclature – article 6, § 19**

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

*§19. A toute prestation de l'article 5, il est attribué un coefficient de pondération P. L'intervention de l'assurance est soumise à la condition que pendant une période donnée qui ne peut être inférieure à 30 jours, qui comprend au*

<sup>17</sup> D.A., pièce 1.

moins xxx prestations portées en compte à l'assurance maladie par jour, le total des coefficients P ne peut dépasser yy P (moyenne journalière calculée pendant la période en question).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

#### **Les valeurs P des prestations de l'art dentaire**

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



M. SEIJNHAËVE, président, propose les valeurs suivantes :

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

**Le Conseil attribue les valeurs P à ces prestations.**

**La liste avec les prestations article 5 et leurs valeurs P, se trouve en annexe. [...]**<sup>18</sup>

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

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

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

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

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

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

Le 19/04/2012 le CTD a pris connaissance de l'avis de la direction juridique dans lequel il est affirmé que le Conseil d'Etat n'acceptera pas une telle délégation du Roi à un comité d'exécution, vu la portée généralisée des conséquences entraînées par la mesure. Le CTD est d'avis que la sécurité juridique maximale est prioritaire et ne désire pas de modifier sa proposition dans ce domaine. Dans l'avis juridique il est également signalé que les garanties demandées par la CNDM peuvent faire l'objet de clauses dans l'Accord national.

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

Plafond annuel en P : entre 43.500 P et 45.000 P

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

<sup>19</sup> Dossier de l'instruction, pièce 1.

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

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

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

#### b) L'avis du SECM

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

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

#### c) Le coefficient P

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

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

#### d) Le fonctionnement de l'AIM

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

#### e) Le rôle du SECM

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

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

#### f) L'esprit de la mesure

Le CTD a pris connaissance de l'esprit de la mesure, tel qu'il a été expliqué lors de la réunion de la CNDM du 02/04/2012. L'objectif est de donner une arme supplémentaire au SECM dans leur lutte contre les outliers. Ceci veut dire que pour ces outliers, le montant total qui dépasse le plafond peut être réclamer, mais qu'il faut également

contrôler la conformité de leurs prestations aux autres dispositions de la nomenclature. Ainsi l'obligation de remboursement pourrait s'étendre à une somme plus élevée que le seul dépassement du plafond.

g) Rapport au Roi

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

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

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

**« PROCES-VERBAL DE LA RÉUNION DU 24 AVRIL 2012**

**Première séance — 19H00 à 20H45,**

...

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

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

*M. PEETERMANS commente la note 2012-7.*

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

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

*La Commission nationale dento-mutualiste confirme cette constatation.*

*M. DE RIDDER précise qu'en ce qui concerne le deuxième point, une proposition de nomenclature se trouve sur la table du Conseil technique dentaire dans laquelle un certain espace est laissé à la CNDM pour l'interprétation. Des informations juridiques qui stipulent que les valeurs doivent être inscrites dans la nomenclature et que d'autres mécanismes doivent être trouvés pour garantir la sécurité et une flexibilité par exemple via des engagements dans l'accord, complètent cette proposition. Il renvoie également au § 19 dans l'article 6 de la nomenclature dans la version telle que proposée par le SECM et à la proposition visant à ne prendre en compte pour le calcul de la moyenne journalière que les jours ouvrables où au moins 6 prestations sont attestées. Il demande aux membres s'il y a des remarques à ce sujet.*

*M. DE VOS signale que son organisme professionnel défend totalement le principe selon lequel les outliers doivent être poursuivis et qu'il doit être mis fin aux mécanismes frauduleux. Il n'est toutefois pas d'accord avec le principe*

<sup>20</sup> Dossier de l'instruction, pièce 2.

<sup>21</sup> D.A., pièce 2.



de plafonnement utilisé à cet effet. La proposition telle qu'elle est proposée actuellement ne satisfait d'après lui pas à la mission confiée le 15 décembre 2011 au CTD, à savoir que le SECM ne peut récupérer le dépassement qu'après examen du volume moyen du praticien de l'art dentaire par jour ET de la réalité et la conformité des prestations avec la nomenclature. On l'a aussi constaté lors de la réunion précédente. La proposition a été renvoyée au CTD, mais il constate qu'elle n'a toujours pas été adaptée.

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

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

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

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

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

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

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

98 outliers ne figurent que 22 dentistes de la région wallonne. Les autres viennent de Flandre, comment cela se fait-il ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La séance est suspendue.

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

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

Le résultat du vote est le suivant :

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

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



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

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

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

*6 des 10 votes émis approuvent la proposition du président.*

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

*La Commission nationale dento-mutualiste marque son accord.*

*La séance est levée à 20 heures 45. »*

## **« PROCÈS-VERBAL DE LA RÉUNION DU 24 AVRIL 2012**

### **Deuxième séance — 20H45 à 22H10.**

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

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

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

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

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

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

*Les voix sont comptées et donnent le résultat suivant :*

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

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

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

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

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

*6 des 10 votes émis approuvent la proposition du Président.*

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

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

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

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

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

On peut y lire ce qui suit

**« CONTENU :**

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

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

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

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

<sup>23</sup> D.A., pièce 4.

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

**Motivation :**

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

**IMPACT BUDGETAIRE :**

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

[...]»

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

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

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

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

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

Après maintes discussions, on obtiendra un consensus car il s'agit également du volet financier, notamment l'obtention ou non de l'indexation. Il estime qu'il est improbable qu'un groupe de dentistes indépendants, car cela pourrait alors aussi s'appliquer aux médecins, se laisse limiter le nombre de prestations. Il ne tient pas à discuter du nombre car il ne sait pas estimer ce que les listes signifient. Il ne peut marquer son accord sur le fait qu'on impose des limitations du nombre de prestations. C'est inacceptable et incompréhensible. On constate qu'en fait le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) ne sait pas coincer un groupe limité d'une centaine de dentistes parmi lesquels une quarantaine abusent fortement du régime du tiers payant et appliquent des pratiques frauduleuses. Le travailleur indépendant est dupé parce que le SECM ne parvient apparemment pas à coincer 40 fraudeurs connus. Il estime qu'il s'agit d'un dossier scandaleux. La comparaison avec la kinésithérapie n'a pas de sens. On finira bientôt par dire que le travailleur indépendant ne peut travailler que 8 heures par jour. Il se demande vers quoi on va. Il a essayé de convaincre des dentistes mais l'indexation a apparemment eu plus de poids que ce débat fondamental. Il est inacceptable que pour maintenir l'index on laisse filer un tel débat fondamental.

<sup>24</sup> D.A., pièce 4.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<sup>25</sup> D.A., pièce 6.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

*6<sup>o</sup> en ce qui concerne les prestations 373833-373844, 373914-373925, 374415-374426, 379131-379142, 379153-379164, 304415-304426, 309131-309142 et 309153-309164, les mots « P 6 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;*

*7<sup>o</sup> en ce qui concerne les prestations 373855-373866, 373936-373940, 374430-374441, 374533-374544, 301593-301604, 304430-304441, 304533-304544, 305594-305605, 305631-305642 et 305675-305686, les mots « P 8 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;*

*8<sup>o</sup> en ce qui concerne les prestations 373951-373962, 374452-374463, 304452-304463 et 389594-389605, les mots « P 9 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;*

<sup>26</sup> D.A., pièce 8.

<sup>27</sup> Dossier de l'instruction, pièce 7.

<sup>28</sup> Requête, pièce 1.

- 9° en ce qui concerne les prestations 373973-373984, 373575-373586 et 303575-303586, les mots « P 11 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 10° en ce qui concerne les prestations 374474-374485, 374555-374566, 304555-304566 et 389572-389583, les mots « P 12 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 11° en ce qui concerne les prestations 374312-374323, 377134-377145, 304312-304323 et 307134-307145, les mots « P 7 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 12° en ce qui concerne les prestations 374570-374581 et 304570-304581, les mots « P 16 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 13° en ce qui concerne les prestations 378954-378965, 378976-378980, 306832-306843, 306854-306865, 306876-306880, 306891-306902, 306913-306924 et 306935-306946, les mots « P 38 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 14° en ce qui concerne les prestations 377230-377241, 307252-307263 et 307230-307241, les mots « P 17 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 15° en ce qui concerne les prestations 301372-301383, 305933-305944 et 305955-305966, les mots « P 15 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 16° en ce qui concerne les prestations 307731-307742, 307753-307764, 307775-307786, 307790-307801, 307812-307823, 307834-307845, 307856-307860, 307871-307882, 307893-307904 et 307915-307926, les mots « P 24 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 17° en ce qui concerne les prestations 307930-307941, 307952-307963, 307974-307985 et 307996-308000, les mots « P 26 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 18° en ce qui concerne les prestations 308011-308022, 308033-308044, 308055-308066 et 308070-308081, les mots « P 28 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 19° en ce qui concerne les prestations 308092-308103, 308114-308125, 308136-308140 et 308151-308162, les mots « P 33 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 20° en ce qui concerne les prestations 308512-308523 et 308534-308545, les mots « P 77 » sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
- 21° en ce qui concerne la prestation 305874-305885, les mots « P 0 » sont ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

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

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

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

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

Le rapport au Roi est le suivant :

« Le projet d'arrêté royal que nous avons l'honneur de soumettre à Votre Majesté pour signature apporte des modifications aux articles 5 et 6 de la nomenclature des prestations de santé, plus précisément celle des prestations de l'art dentaire. La modification consiste en l'ajout, pour chaque prestation, d'un coefficient de pondération P qui traduit l'investissement en temps et la complexité de la prestation. A l'article 6 est insérée une règle d'application qui subordonne l'intervention de l'assurance à la condition que la moyenne journalière des coefficients P, calculée sur une période qui ne peut pas être inférieure à 30 jours, ne peut pas dépasser 200 P. Seuls les jours pendant lesquels plus de 6 prestations ont été attestées entrent en considération pour ce calcul. Le respect de cette règle d'application sera contrôlé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI au moyen d'une enquête de conformité. Cette règle d'application supplémentaire est instaurée à la suite du constat consensuel fait par les partenaires siégeant dans les organes de concertation sur l'art dentaire de l'INAMI : les revenus annuels qu'une part infime des praticiens de l'art dentaire perçoivent de l'assurance maladie obligatoire prennent des proportions



*irréalistes, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas être engendrés par un mode d'attestation correcte et/ou moyennant la préservation d'une qualité minimale des prestations effectuées. »*

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

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

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

Par ailleurs, mais cela ne résulte pas du texte de l'article 19, § 6, il se déduit des discussions préalables à l'adoption de l'acte attaqué que, dans l'intention des autorités, d'une part, cette suppression prend la forme d'une action en remboursement que doit diligenter le SECM contre le prestataire de soins – et non d'un refus d'intervention dans le remboursement au profit des patients<sup>29</sup> – et, d'autre part, que seul le montant des prestations attestées au-delà de la moyenne quotidienne de 200 P devra être remboursé.<sup>30</sup>

#### **IV. REMARQUE PROCÉDURALE**

L'acte attaqué fait également l'objet d'un recours en annulation enrôlé sous la référence G/A 208.397/VI-19.941.

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

#### **V. RECEVABILITÉ DU RECOURS**

1. Les requérants indiquent que le recours est introduit moins de 60 jours après la publication de l'acte attaqué ; qu'une décision d'agir a été prise par le gérant de la seconde requérante et qu'une décision d'agir prise par son directeur juridique à qui le pouvoir de ce faire a été délégué ; que les prestataires de soins que sont les requérants ont intérêt à demander l'annulation d'une mesure qui limite les possibilités d'intervention de l'assurance soins de santé ; que la seconde requérante est la société perceptrice des honoraires du premier requérant et d'autres dentistes ; et que l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994 prévoit un mécanisme de solidarité entre le dentiste et la société

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

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

perceptrice pour ce qui concerne la récupération des prestations indûment payées, que l'INAMI interprète comme l'autorisant même à leur infliger des sanctions administratives.

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

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

b. Le premier requérant est dentiste et est donc susceptible d'être défavorablement affecté par l'acte attaqué, qui établit des conditions complémentaires à l'intervention de l'assurance soins de santé.

La deuxième requérante perçoit les honoraires de différents dentistes et peut donc également se prévaloir d'un intérêt similaire à celui du premier requérant.

c. La seconde, qui est une SPRL, joint à sa requête ses statuts ainsi que la décision d'agir prise le 26 mars 2013 par le premier requérant, dont la qualité de gérant ressort d'une décision de l'assemblée générale du 17 octobre 2005.<sup>31</sup>

d. En conclusion, le recours est recevable.

## VI. MOYENS D'ANNULATION

### 1. Premier moyen

#### 1.1. Requête en annulation

Les requérants prennent un moyen, le premier, de 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 et de l'incompétence de l'auteur de l'acte.

Ils indiquent, dans une première branche, que le rapport au Roi présente l'acte attaqué comme une règle d'application de la nomenclature ; que les règles d'application portent normalement sur la qualification du praticien, le diagnostic qui justifie la prestation, le déroulement de la prestation, le nombre de prestations, les formalités administratives permettant son remboursement... ; que l'acte attaqué ne concerne pas les caractéristiques d'une ou plusieurs prestations réalisées pour un patient mais concerne les prestations effectuées pour l'ensemble de la patientèle ; qu'il ne s'agit donc pas d'une règle technique ; que l'objectif de l'acte attaqué n'est pas de fixer des conditions de remboursement mais d'attacher une présomption irréfragable de faute à un comportement et d'empêcher des remboursements pour des prestations réellement effectuées ; qu'un tel objectif, qui s'assimile à une forme de sanction d'un comportement frauduleux présumé n'a pas sa place dans la nomenclature ; que l'article 35 de la loi du 14 juillet 1994 n'habilite pas le Roi à établir des sanctions à charge des dentistes ; que l'arrêt du Conseil d'Etat n° 196.105 du 16 septembre 2009 confirme que le Roi n'a que des pouvoirs limités en la matière ; et que les sanctions pouvant être infligées aux dispensateurs de soins sont notamment prévues par l'article 73*bis* de la loi du 14 juillet 1994.

Ils avancent, dans une deuxième branche, que l'acte attaqué ne permet pas au dentiste de déterminer si les prestations réalisées seront remboursables ; que le patient lui-même ne sait pas si la prestation sera remboursable vu que cela dépend des activités du dentiste ; que l'acte attaqué

<sup>31</sup> Requête, pièces 1 et 3.

laisse à une autre autorité le soin de fixer la période de 30 jours qui sera prise en compte ; qu'il s'agit d'une violation du principe de sécurité juridique ; et qu'une même prestation pourrait parfois être remboursable et parfois ne pas l'être selon la pratique du dentiste, ce qui ne se peut.

Ils soutiennent, dans une troisième branche, que l'acte attaqué ne permet pas à la partie perceptrice des honoraires de déterminer si les prestations seront remboursables ou non ; que ces sociétés sont chargées de percevoir les honoraires pour les prestations des dentistes et de leur rétrocéder la part qui leur revient contractuellement ; qu'elles ne peuvent exercer de contrôle que sur les prestations pour lesquelles elles perçoivent des honoraires, alors que les dentistes peuvent facturer des prestations en leur nom personnel ou par le biais d'une autre partie perceptrice ; que l'acte attaqué fait peser sur elles un risque de sanction pour un comportement dont elles ne sont pas responsables, dont elles n'ont tiré aucun bénéfice et qu'elles ne peuvent ni connaître ni anticiper ; que l'article 164 de la loi du 14 juillet 1994 prévoit qu'elles sont solidaires du remboursement des prestations indûment perçues ; et que l'INAMI inflige même des sanctions administratives aux sociétés perceptrices pour de tels faits.

## 1.2. Mémoire en réponse

La partie adverse répond, quant à la première branche, que l'acte attaqué a pour objet de modifier la nomenclature des soins de santé et est fondé sur l'article 35 de la loi du 14 juillet 1994 ; que l'acte attaqué fixe bien les règles d'application en vertu desquelles les prestations dentaires donneront lieu à une intervention de l'assurance ; que l'objet même de la nomenclature est de déterminer les prestations donnant lieu à une intervention ; que la détermination d'un niveau de qualité minimal requis pour l'octroi d'une telle intervention, exprimée en termes d'« investissement en temps » et de « complexité » participe de la détermination des conditions d'intervention de l'assurance soins de santé ; que c'est bien ainsi que l'ont compris la Commission nationale dento-mutualiste et le Conseil technique dentaire ; que l'objet de l'acte attaqué n'est donc pas celui prétendu par les requérants ; que l'acte attaqué ne prévoit d'ailleurs pas la moindre sanction, mais détermine uniquement les conditions en vertu desquelles une prestation peut être portée en compte ; que le rapport au Roi prévoit certes que *« le respect de cette règle d'application sera contrôlé par le Service d'évaluation et de contrôle de l'INAMI au moyen d'une enquête de conformité »* ; qu'il ne s'agit toutefois que d'un rappel des règles contenues aux articles 73 et 146 et suivants de la loi ; que l'acte attaqué ne prévoit ni de contrôle ni ses modalités ; qu'une sanction serait l'effet de la méconnaissance de la norme mais non son objet ; que l'acte attaqué ne met pas en œuvre un mécanisme de sanction déguisé mais réserve l'intervention de l'assurance soins de santé à des soins jugés de qualité suffisante ; et que la mesure de cette qualité est fondée sur un coefficient déterminé par les professionnels du secteur, dont des représentants des dentistes.

Elle répond, quant à la deuxième branche, que la requête n'y développe que des arguments relatifs à la violation du principe de sécurité juridique ; que la norme de comportement est connue à l'avance puisqu'il s'agit d'un 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 par jour ; que le comportement poursuivi est également connu puisqu'il s'agit de se conformer à un comportement normal ; que le recours à une période de temps de 30 jours a pour objet d'offrir plus de sécurité juridique puisqu'il s'agit de calculer la moyenne quotidienne de 200 P sur une période suffisamment longue pour attester un comportement déviant ; qu'il ne s'agit pas de viser les prestataires qui organisent leur travail de manière à effectuer des journées particulièrement longues ; que le fait que la période de référence soit de 30 jours ou plus est donc à l'avantage unique du prestataire de soins ; qu'il ne peut être soutenu que le contenu de la norme n'est pas prévisible et accessible à un degré raisonnable ; que la Cour constitutionnelle a ainsi jugé, dans son arrêt n° 114/2007 du 19 septembre 2007, que *« [le] principe [de sécurité juridique] ne pourrait, en effet,*



*aller jusqu'à exiger que le montant des contributions versées par chaque firme pharmaceutique soit déterminé in concreto avant même de connaître l'importance du déficit qui justifie le prélèvement effectué par l'INAMI de sommes mises à sa disposition dans le fonds provisionnel* » ; que, dans son arrêt n° 60/2010 du 27 mai 2010, la Cour constitutionnelle a admis que l'intervention de la sécurité sociale pour des prestations données n'est pas déterminée à l'avance en considération d'un acte donné, mais au contraire *a posteriori* d'un forfait par pathologie ; que le principe de sécurité juridique n'impose pas que le montant précis de l'intervention de l'assurance soins de santé ou que la hauteur précise de la récupération qui sera effectivement exigée soit connu à l'avance ; que, par la mesure querellée, le prestataire sait la quantité de prestations qu'il peut porter en compte ; qu'il sait donc comment adapter son comportement à la norme ; qu'il sait que le contrôle du respect de la norme s'opère selon la procédure générale mise en œuvre pour le contrôle du respect de la loi ; qu'il sait que les prestations portées en compte au-delà dudit seuil ne peuvent être portées en compte et sont susceptible de justifier une récupération ; que le contenu du droit est donc prévisible et accessible à un degré raisonnable comme l'exige la Cour constitutionnelle, spécifiquement au regard du considérant de l'arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993 selon lequel « *Un système qui transforme une intervention illimitée en intervention provisoire dont le montant définitif est limitée, n'est pas une privation de propriété, quelle que soit sa mise en œuvre concrète* » ; qu'en pratique, le prestataire ne peut ignorer la nature de son comportement ; que l'acte attaqué a fixé un seuil particulièrement élevé puisqu'à l'origine on envisageait 150 P de moyenne journalière ; que ce constat vaut d'ailleurs uniquement pour les prestations attestables ; que certaines prestations ne sont pas attestables, de sorte que le seuil de 200 P est particulièrement élevé ; et que les requérants ne peuvent donc être suivis lorsqu'ils soutiennent qu'ils ne savent pas s'ils respectent ou non la norme.

Elle répond, quant à la troisième branche, que la critique est fondée sur l'article 164 de la loi AMI ; que l'acte attaqué a pour objet de fixer les conditions dans lesquelles les dentistes peuvent porter des prestations en compte et n'a donc trait ni aux éventuelles sanctions afférentes au non-respect de ces sanctions ni au mécanisme de solidarité mis en œuvre par l'article 164 de la loi AMI ; que l'acte attaqué ne concerne pas davantage les liens unissant les sociétés perceptrices aux prestataires de soins ; que l'acte attaqué ne constitue pas une mesure de contrôle du coût des prestations, mais 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 ; que le risque dont se plaint la deuxième requérante ne sera pas le fait de l'acte attaqué mais de l'application qui sera éventuellement faite de l'article 164 de la loi et des relations contractuelles avec les prestataires de soins ; que le moyen ne vise donc pas l'acte attaqué et repose sur un intérêt hypothétique ; qu'en outre, les requérants se limitent à une simple affirmation et ne développent pas l'atteinte aux dispositions visées à l'appui du moyen ; qu'en outre, l'article 164 de la loi AMI énonce 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 dispensateur de soins* » ; que l'article 15 de l'arrêt royal n° 78 permet aux prestataires d'exercer leur activité en société ; que c'est donc dans cette dernière hypothèse qu'une société peut percevoir un honoraire « *pour son propre compte* » ; que c'est donc bien l'organe de la personne morale qui commet le manquement ; que l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 102/2000 du 11 octobre 2000 a confirmé la validité du mécanisme mis en place par l'article 164 de la loi AMI ; qu'en outre, la seconde requérante, consciente de ses obligations, peut organiser les relations qu'elle entretient avec les prestataires, en leur imposant de lui indiquer le nombre de prestations réalisées ; que, dès lors que la seconde partie requérante connaît la norme, ses conséquences et les sanctions, et qu'elle peut y adapter son comportement, il n'y a pas de violation du principe de sécurité juridique ; et que, compte tenu de l'objectif d'assurer une médecine dentaire de qualité, la mesure n'est pas manifestement déraisonnable puisqu'elle vise à responsabiliser l'opérateur qui a un intérêt à ce que des traitements inutiles ou inutilement onéreux soient portés en compte.

### 1.3. Mémoire en réplique

Les requérants répliquent, quant à la première branche, que, si l'acte attaqué est certes fondé sur l'article 35 de la loi AMI, il ne s'agit toutefois pas d'une règle d'application de la nomenclature, tant en ce qui concerne sa nature qu'en ce qui concerne son objet ; que les règles d'application sont en principe des règles techniques déterminant les conditions dans lesquelles les prestations peuvent être portées en compte ; qu'il a été indiqué, lors de la réunion du 24 avril 2012, que les règles en cause étaient de « *nature politique plutôt que technique* » ; qu'il ne s'agit pas de déterminer les conditions dans lesquelles des prestations peuvent être portées en compte à l'assurance maladie-invalidité, mais plutôt de prévoir les hypothèses dans lesquelles certaines prestations devraient être remboursées totalement ou partiellement ; qu'il ressort du rapport au Roi et des discussions tenues au sein des organes de l'INAMI que l'objectif de l'acte attaqué est de lutter contre la pratique de certains dentistes que le SECM ne serait pas en mesure de faire cesser ; que l'acte attaqué met donc en place une présomption irréfragable de fraude ou de malfaçon, qui n'a pas sa place dans la nomenclature ; que l'acte attaqué ne se suffit pas à lui-même, puisqu'on ignore la période à prendre en considération et les prestations précises qui devront être remboursées en cas de dépassement, et ne peut donc pas constituer une règle d'application ; que c'est le SECM, organe de contrôle et de sanction, qui déterminera la période à prendre en considération ; qu'on n'aperçoit pas comment déterminer les prestations qui dépassent les 200 P ni même la valeur financière de celles-ci ; et que la sanction ne constitue donc pas l'effet de la transgression de l'acte attaqué mais bien l'objet de celui-ci.

Ils répliquent, quant à la deuxième branche, que le texte de l'acte attaqué n'est pas suffisamment précis ; que, puisqu'il s'agit d'un délai minimal de 30 jours, le praticien ne connaît pas la durée exacte de ce délai lorsqu'il effectue sa prestation ; que ce serait donc le SECM qui le déterminerait lorsqu'il effectue un contrôle, ce qui entraîne un risque de discrimination et empêche le dentiste d'adapter son comportement à une norme qu'il ne connaît pas ; qu'un dentiste ne saura ni si une prestation sera remboursable ou non ni même, en cas de dépassement, celle qui devra être remboursée dans l'hypothèse où ce ne serait que sur deux journées que la moyenne de 200 P serait dépassée ; que la valeur financière de P n'est pas univoque et il ne sera pas possible de déterminer le montant du remboursement ; que, puisque c'est le contenu du droit qui n'est pas suffisamment accessible et prévisible, les arrêts n° 114/2007 et 60/2010 de la Cour constitutionnelle ne sont pas pertinents ; que le fait que le plafond serait élevés (*quod non* puisqu'une consultation, qui vaut 3 P, peut se limiter à 5 minutes) n'enlève rien au fait que l'acte attaqué viole le principe de sécurité juridique ; qu'il y a donc une violation du principe de sécurité juridique et des articles 10 et 11 de la Constitution puisqu'une norme imprécise peut donner lieu à une application discriminatoire.

Ils répliquent, quant à la troisième branche, qu'elle est recevable, d'une part, puisqu'elle ne vise pas l'article 164 de la loi AMI, de sorte que l'arrêt n° 102/2000 de la Cour constitutionnelle est sans pertinence et, d'autre part, parce qu'elle a intérêt au moyen, même si l'application de l'article 164 de la loi AMI est, elle-même, hypothétique ; que, si la deuxième branche est fondée, la troisième le sera également ; qu'il n'y a pas d'identité factuelle entre le prestataire et la partie perceptrice lorsque cette dernière, comme la seconde requérante, perçoit les honoraires de plusieurs dentistes ou lorsque ces derniers travaillent à plusieurs cliniques qui ont chacune leur société perceptrice d'honoraires ; que l'acte attaqué fait peser sur les personnes susvisées un risque de sanction (aux contours mal définis) pour un comportement dont elles ne sont pas responsables, dont elles n'ont tiré aucun bénéfice et qu'elles ne peuvent ni connaître ni anticiper ; et que le fait que le risque soit connu est irrelevant dès lors qu'il s'agit d'un recours objectif et que c'est l'illégalité du système qui est mis en cause.

## 1.4. Discussion

### 1.4.1. Quant à la première branche

1. Les requérants reprochent au Roi d'avoir excéder l'habilitation légale prévue par l'article 35, § 2, de la loi du 14 juillet 1994.

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

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

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

Le texte de l'article 35, § 1<sup>er</sup>, alinéa 2, de la loi coordonnée ne limite pas les règles d'application à des règles techniques.

Comme le relève la partie adverse, la circonstance que la violation des règles contenues dans l'acte attaqué est susceptible de faire l'objet de sanctions pénales ou administratives ou d'une action en récupération d'indu en vertu des dispositions de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 n'énerve pas le fait que l'acte attaqué énonce les conditions dans lesquelles les prestations dentaires peuvent faire l'objet d'une intervention de l'assurance maladie et entre donc dans les prévisions de l'article 35, § 2, de la loi du 14 juillet 1994.

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

L'arrêt du Conseil d'Etat n° 196.105 du 16 septembre 2009 ne peut être transposé à la présente affaire puisque le motif de cet arrêt reposait sur le fait que l'acte attaqué, sous couvert de régler l'intervention de l'assurance maladie, interdisait à certains médecins de demander un honoraire d'urgence et ne pouvait donc trouver de fondement dans l'article 35 de la loi du 14 juillet 1994.

4. La première branche n'est donc pas fondée.

### 1.4.2. Quant à la deuxième branche

1. Dans leur requête, les requérants estiment que l'acte attaqué porte atteinte au principe de sécurité juridique en raison de l'impossibilité de déterminer préalablement si une prestation sera remboursable ou non et de déterminer l'étendue de temps durant laquelle la période de 30 jours pourra être calculée.



Dans leur mémoire en réplique, les requérants ajoutent que l'acte attaqué porte atteinte au même principe en raison de l'impossibilité de déterminer le montant dont le praticien sera redevable envers l'INAMI.

2. Dès lors que le non-respect de l'acte attaqué constitue une infraction susceptible de faire l'objet d'une amende administrative, les praticiens peuvent se prévaloir du principe de sécurité juridique, dont le principe de légalité constitue une facette.<sup>32</sup>

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

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

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

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

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

**3.a.** Comme indiqué plus haut, le fait que la règle prévue par l'acte attaqué ne serait pas respectée aura pour conséquence que le praticien sera tenu de rembourser l'excédent, mais non que le patient ne verra pas les soins remboursés, de sorte que l'acte attaqué est indifférent à l'égard de ces derniers.

**b.** Contrairement à ce que soutiennent les requérants, dès lors que les praticiens connaissent la valeur de points P attribuée à chaque prestation, il leur est possible de déterminer le nombre de points P qu'ils ont attestés sur une journée et, par conséquent de déterminer, chaque jour, où ils se situent par rapport à la moyenne quotidienne de 200 P, qui ne peut être considérée comme manifestement déraisonnable au vu du chiffre de 150 P originellement proposé.

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

Pour reprendre l'exemple des requérants, si 195 P sont attestés le jour X et 225 le jour Y, la moyenne des P sera de 210 et seul la valeur de 10 P devra être remboursée.

<sup>32</sup> Sur l'application et la portée de ce principe en matière de sanctions administratives, voy. notamment : C.E., *société de droit irlandais Air Contractors Limited*, n° 226.720, 12 mars 2014.

d. Cela étant, en n'encadrant aucunement la manière dont la période de 30 jours doit être calculée, l'acte attaqué crée effectivement une incertitude juridique pour les praticiens.

En effet, s'il est aisé de déterminer si la moyenne de 200 P a été dépassée sur une période de 30 jours consécutifs, il l'est beaucoup moins sur une période plus longue, entrecoupée de périodes au cours desquelles sont attestées des prestations auxquelles moins de 200 P sont attachés (par exemple 20 jours avec 210 P par jour, puis 10 jours avec 150 P par jour, puis 20 jours avec moins de 6 prestations, puis 25 jours avec 220 P, soit 11.200 sur 55 jours). L'acte attaqué ne permet pas de déterminer si, dans un cas comme celui-là, le délai de minimum 30 jours pourra être limité aux 20 jours avec 210 P auxquels sont ajoutés les 25 jours avec 220 P, soit 9700 sur 45 jours, soit une moyenne quotidienne de 215,55 P ou si, au contraire, il devra inclure tous les jours où plus de 6 prestations ont été attestées entre un moment X et un moment Y, choisis par le SECM, ce qui dans le cas d'espèce exposé ci-dessus amènerait à une moyenne quotidienne de P de 203,63 P.<sup>33</sup>

Ce grief est donc fondé.

e. L'argument relatif à l'impossibilité de convertir les dépassements de points P constatés en euros est invoqué pour la première fois dans le mémoire en réplique et est donc irrecevable.

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

#### **1.4.3. Quant à la troisième branche**

1. Les requérants estiment que l'acte attaqué porte atteinte au principe de sécurité juridique étant donné que les sociétés perceptrices pourraient être condamnées en raison du comportement des praticiens, ce dont elles ne sont pas responsables.

2. Le fait que les sociétés perceptrices seraient amenées à rembourser les honoraires des praticiens pour le compte desquels elles agissent découle de la nature de leur mission au profit de ceux-ci. Il leur est, par ailleurs, loisible de régler avec les praticiens les modalités permettant d'éviter que le dépassement du seuil soit constaté et les conséquences découlant d'un éventuel remboursement.

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

### **2. Deuxième moyen**

#### **2.1. Requête en annulation**

Les requérants prennent un moyen, le deuxième, 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 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, notamment son article 7, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et notamment son article 11, du principe de liberté diagnostique et thérapeutique, des

<sup>33</sup> Plus la période à prendre en considération sera longue, plus le risque d'excéder la moyenne journalière de 200 P à raison d'une très forte activité concentrée sur quelques jours sera limité. En effet, si par exemple un praticien atteste des prestations correspondant à 6010 P sur une période de 30 jours, soit plus de 200 P par jour, il suffira que la période prise en considération soit portée à 31 jours pour que la moyenne de 200 P ne soit pas atteinte.

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.

Ils indiquent, tout d'abord, que le principe d'égalité et de non-discrimination suppose un quadruple examen ; que l'objectif du mécanisme litigieux est de lutter contre la fraude sociale, de préserver la qualité des soins et de promouvoir la qualité des soins ; que le moyen dans sa globalité démontre le caractère discriminatoire de cette différence de traitement dès lors que les moyens mis en œuvre par l'acte attaqué ne sont pas proportionnés à l'objectif poursuivi ; et que chaque branche dénonce, en outre, la violation de règles de droit autonomes.

Ils indiquent, dans une première branche, que l'acte attaqué a pour effet d'interdire aux dentistes d'effectuer dans certaines circonstances des prestations remboursables qu'ils estiment nécessaires ; qu'il porte donc une atteinte disproportionnée à la liberté diagnostique et thérapeutique garantie par l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 et par l'article 73 de la loi AMI ; que la liberté diagnostique et thérapeutique est donc un principe de valeur législative ; que l'article 11 prévoit que les abus dont jouissent les praticiens sont sanctionnés par les conseils de l'Ordre dont ils relèvent ; que l'article 73, § 1<sup>er</sup>, de la loi AMI prévoit certes que les praticiens doivent tenir compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société et qu'ils doivent s'abstenir de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses ; qu'il s'agit de restrictions apportées par une loi à cette liberté ; que l'acte attaqué est un arrêté royal qui déroge à ces dispositions légales ; que, dans son arrêt n° 171.792 du 4 juillet 2007, le Conseil d'Etat a établi un lien entre une modification de la nomenclature et cette liberté ; et que l'acte attaqué, qui a pour effet d'interdire au dentiste d'effectuer des prestations remboursables qu'il estime nécessaires sur le plan médical si elles ont pour effet de lui faire dépasser la limite journalière de 200 P même si les autres conditions de remboursement sont remplies, viole la liberté thérapeutique et diagnostique.

Ils avancent, dans une deuxième branche, que l'acte attaqué soustrait certaines prestations au remboursement dans certaines conditions ; que l'article 23 de la Constitution, qui garantit le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique, a un effet *standstill* dans le sens où les pouvoirs publics ne peuvent faire reculer de manière significative le niveau de protection offert aux bénéficiaires de la liberté fondamentale ; que l'acte attaqué conduit à un recul significatif ou sensible dans la protection du droit à la santé ; que le Conseil d'Etat a admis, dans son arrêt n° 154.359 du 31 janvier 2006 que l'invocation exclusive d'arguments budgétaires pour justifier une modification de la nomenclature ne peut être admise si elle conduit à supprimer le caractère remboursable d'une prestation ; que l'acte attaqué supprime le caractère remboursable de toutes les prestations de dentisterie prévues par la nomenclature ; que les prestations reprises dans la nomenclature sont pourtant celles que la partie adverse a considéré comme les plus intimement liées à la protection de la dignité humaine ; que l'application de l'acte attaqué peut conduire à se voir refuser des soins par un dentiste qui excéderait le seuil de 200 P ; et que les dentistes doivent délivrer les attestations en vertu de l'article 53 de la loi AMI, faute de quoi ils peuvent faire l'objet d'une amende administrative.

Ils relèvent, dans une troisième branche, que l'acte attaqué établit une forme de présomption irréfragable de fraude dans le chef de certains dentistes, ce qui porte une atteinte grave à leur honneur et à leur réputation ; que l'article 17 du PIDCP prévoit que « *Nul ne sera l'objet ... d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation* » ; que l'objectif de l'acte attaqué est de lutter contre la fraude sociale des dentistes ; que le mécanisme qu'il instaure s'ajoute à celui de l'article 73bis de la loi AMI, qui interdit certains comportements aux dispensateurs de soins, sous réserve d'amendes administratives ; que l'auteur de l'acte attaqué considère que le dépassement du seuil qu'il fixe est nécessairement coupable d'un des manquements visés par cette disposition ; que tel n'est pas le



cas ; qu'il n'est toutefois pas permis au prestataire de faire valoir ses observations ; et que l'acte attaqué a pour effet de désigner comme fraudeur un dentiste dont il n'est pourtant pas démontré qu'il a commis un des manquements visés par l'article 73bis de la loi AMI.

Ils soutiennent, dans une quatrième branche, que l'acte attaqué traite de manière différente les dentistes sociaux des dentistes de luxe en ce qu'il ne plafonne les prestations journalières que des premiers sans rapport de proportionnalité entre le but poursuivi et les moyens employés ; que l'acte attaqué a été adopté sous l'empire du décret d'Allarde ; que celui-ci a toutefois été abrogé par la loi du 28 février 2013 introduisant le Code de droit économique, dont le Titre 3 consacre la liberté d'entreprendre ; que le Conseil d'Etat considère que la liberté d'exercer une activité professionnelle implique la faculté d'organiser un négoce avec les moyens et selon les méthodes de son choix ; que cette liberté permet donc aux dentistes de choisir le type de prestations ou la catégorie de patients qu'ils souhaitent privilégier ; que le premier requérant a choisi d'axer sa pratique sur les prestations remboursables, qui sont celles que la partie adverse a considéré comme essentielles ; que d'autres préfèrent axer leur pratique sur des prestations non-remboursables mais très rémunératrices ; que seuls les premiers sont susceptibles d'être affectés par l'acte attaqué ; et que les autres sont également susceptibles, dans le cadre plus limité des prestations remboursées qu'ils accomplissent, de frauder ou d'accumuler des prestations d'une manière préjudiciable à la qualité des soins.

Ils notent, dans une cinquième branche, que l'acte attaqué limite les prestations des dentistes qui travaillent de manière intensive et porte donc atteinte à leur liberté d'organiser l'exercice de leur profession comme ils l'entendent ; que de nombreuses circonstances peuvent justifier que certains dentistes attestent plus de prestations que d'autres, le cas échéant sur des périodes plus courtes (dentistes étrangers venant travailler en Belgique quelques mois par an, organisation familiale, service de garde dentaire ou force de travail supérieure) ; et que ces dentistes sont pénalisés en raison uniquement de leur organisation.

Ils estiment, dans une sixième branche, que l'acte attaqué a pour effet de priver, sous certaines conditions, les dentistes d'une partie de leurs honoraires ; et qu'une telle atteinte au droit de propriété protégé par l'article 22 [lire 16] de la Constitution et par l'article 1<sup>er</sup> du premier protocole additionnel à la CEDH ne peut toutefois être prévue que par une loi.

## 2.2. Mémoire en réponse

La partie adverse répond, quant à la première branche, que l'acte attaqué n'a pas traité à l'exercice de la profession mais uniquement aux conditions de remboursement des prestations effectuées ; qu'il est loisible, au-delà du seuil fixé par l'acte attaqué, de réaliser des prestations remboursées et de les facturer au patient, mais il est interdit de les porter en compte à la sécurité sociale ; que, dans son arrêt n° 206.604 du 3 juin 2010, le Conseil d'Etat a considéré que le libre choix du patient et la liberté thérapeutique concernent la prestation et non la possibilité ou non de la porter en compte de la sécurité sociale ; que l'acte attaqué ne porte donc pas atteinte à la liberté thérapeutique et diagnostique ; qu'à supposer qu'il s'agisse effectivement d'une restriction à cette liberté, elle ne pourrait être qualifiée de disproportionnée eu égard à l'objectif poursuivi et aux moyens mis en œuvre pour l'atteindre ; que le Conseil d'Etat l'a admis dans son arrêt n° 160.274 du 19 juin 2006 ; que l'arrêt n° 171.792 du 4 juillet 2007 dit le contraire de ce que lui font dire les requérants ; que les requérants ne démontrent pas l'atteinte – et *a fortiori* l'atteinte disproportionnée – à la liberté thérapeutique et diagnostique ; que le Roi a choisi de ne rembourser que des soins répondant à un standard minimum de qualité, notamment en termes de disponibilité du traitant ; que le Roi n'interdit pas à un prestataire de ne pas accorder cette qualité et ce temps à ses patients, mais ne juge non opportun de rembourser ces prestations ; que les faits

contredisent le caractère prétendument disproportionné de la mesure ; que l'acte attaqué retient un seuil particulièrement élevé ainsi que l'a reconnu un représentant des dentistes ; qu'un dentiste pourrait ainsi effectuer 65 consultations sur une journée tout en restant sous le seuil de 200 P ; qu'en outre, seules les prestations remboursables sont prises en considération, alors que toutes les prestations, même effectuées auprès d'une patientèle sociale, ne sont pas remboursables ; et que le fait de ne pas pouvoir porter en compte des prestations au-delà d'un seuil communément reconnu comme particulièrement n'apparaît pas manifestement disproportionné.

Elle répond, quant à la deuxième branche, que les requérants ne sont garants ni de l'intérêt général ni de l'intérêt de leurs patients et n'ont donc pas intérêt à la branche ; que la Cour constitutionnelle considère que l'effet standstill attaché à l'article 23 de la Constitution interdit au législateur compétent de réduire significativement le niveau de protection, sans qu'existent pour ce faire des motifs d'intérêt général ; qu'en l'espèce, il n'est nullement question de réduction significative du niveau de protection existant ; que la norme édictée est, au contraire, favorable aux patients puisqu'il s'agit d'assurer l'investissement effectif du prestataire, notamment en termes de durée consacrée au patient ; que l'acte attaqué garantit donc que les patients sociaux bénéficient de soins de qualité ; que la référence à l'article 53 de la loi AMI est irrelevante puisque l'obligation de délivrer une attestation de soins donnés ne vaut que pour les prestations qui donnent lieu à intervention de l'assurance ; et que cette disposition ne conduit nullement le prestataire à refuser les soins de première nécessité à un patient.

Elle répond, quant à la troisième branche, que l'acte attaqué ne désigne personne comme fraudeur, mais détermine les conditions à respecter pour l'octroi d'un remboursement ; que l'application de l'acte attaqué n'opère pas un constat d'infraction ; que ce n'est qu'au terme d'une autre procédure qu'un dentiste pourrait être qualifié de fraudeur ; qu'il est en tout état de cause correct de considérer que le prestataire qui porte en compte des prestations sans respecter les conditions est un fraudeur ; qu'à suivre les requérants, toute modification de la nomenclature, qui impose de nouvelles conditions, serait attentatoire à l'honneur et à la réputation ; que l'acte attaqué est le fruit d'un constat partagé par les représentants des dentistes, qui estiment que le dépassement du seuil de 200 P ne peut être acquis dans le cadre d'un exercice de qualité de la profession ; que la détermination d'un critère de qualité n'est pas attentatoire à l'honneur et à la réputation des personnes ; et que les requérants contestent en réalité l'opportunité de la mesure.

Elle répond, quant à la quatrième branche, que l'acte attaqué a pour objet de modifier la nomenclature ; que l'intervention de la sécurité sociale n'est pas un revenu à l'attention des prestataires de soins, de sorte que l'acte attaqué ne limite pas les honoraires de quiconque mais uniquement l'intervention publique pour des prestations de soins ; que les requérants n'indiquent pas le fondement en vertu duquel la modification de la nomenclature doit s'opérer en ayant égard aux revenus respectifs des prestataires de soins ; qu'il est en outre normal qu'une mesure de sécurité sociale modifie l'intervention de la sécurité sociale ; que le salaire des prestataires est indifférent à la sécurité sociale ; et que les prestataires qui effectuent des prestations remboursables ceux qui effectuent les autres ne sont pas dans des situations comparables.

Elle répond, quant à la cinquième branche, que les requérants se fondent à nouveau sur le postulat erroné selon lequel l'acte attaqué instituerait une présomption de fraude ; que le seuil a été fixé en considération du constat des professionnels, exposé dans le rapport au Roi, selon lequel les revenus supérieurs ne peuvent être engendrés par une manière d'attester correctement ou par un travail de qualité ; que le Conseil d'Etat a admis, dans son arrêt n° 160.274 du 19 juin 2006, que *« 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 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'en outre, vu l'importance du seuil, il ne s'agirait que d'une atteinte particulièrement limitée à la liberté de commerce et d'industrie ; et que l'atteinte est donc proportionnée à l'objectif de protéger la qualité des soins remboursés.

Elle répond, quant à la sixième branche, que l'acte attaqué a pour objet de modifier la nomenclature des prestations et est fondé sur l'article 35 de la loi AMI ; qu'il contient des règles d'application en vertu desquelles les prestations dentaires seront remboursées ; qu'il ne prive pas les requérants d'une partie de leurs honoraires ; que la nomenclature n'a pas pour objet de garantir un revenu aux prestataires de soins mais de déterminer les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient au bénéfice des patients ; que l'acte attaqué a précisément pour objet de conditionner l'intervention de l'assurance soins de santé pour des soins présentant une qualité minimale ; que l'acte attaqué ne prive pas les requérants d'une partie de leurs revenus mais en fixe les contours ; que la mesure de cette qualité est exprimée dans un coefficient déterminé par les professionnels du secteur ; que la Cour constitutionnelle a admis, dans son arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993, à propos d'un mécanisme prévoyant la récupération des montants payés par l'INAMI en cas de dépassement du budget alloué aux prestations de biologie clinique, que « B. 12. 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'IN.A.M.I. au-delà de ce budget. Le législateur a modifié de la sorte les règles fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans ces prestations. Un système qui transforme une intervention illimitée en intervention provisoire dont le montant définitif est limité, n'est pas une privation de propriété, quelle que soit sa mise en œuvre concrète; il ne peut être considéré ni comme une expropriation, ni comme une confiscation, ni comme un impôt déguisé » ; que le fait de transformer une intervention illimitée en une intervention provisoire dont le montant est ajusté par la suite n'est pas constitutif de violation de l'article 1<sup>er</sup> du Protocole additionnel à la CEDH ou de l'article 16 de la Constitution ; qu'en outre, il ne s'agit pas à proprement parler de refuser l'intervention de l'assurance soins de santé puisque l'intervention n'est précisément due que si les conditions d'intervention sont remplies ; que la protection du droit de propriété ne vaut que pour les biens actuels et déjà acquis ; que les requérants ne disposent pas d'un droit acquis et immuable à une intervention selon le modèle du remboursement à l'acte ; que l'acte attaqué, qui n'emporte pas d'atteinte au droit de propriété, n'a donc pas été adopté par une autorité incompétente ; qu'en tout état de cause, les Etats ont le droit d'apporter des restrictions au droit de propriété s'ils poursuivent un but légitime, si la mesure est en lien immédiat avec ce but et si elle s'avère proportionnée pour l'atteindre ; que l'objectif est légitime puisqu'il vise à garantir la qualité de soins faisant l'objet d'un financement public ; que la mesure, qui impose un investissement minimal des praticiens envers les patients, participe à cet objectif ; que la mesure n'est pas manifestement disproportionnée à l'objectif ; que, tout d'abord, l'acte attaqué n'empêche pas l'exercice de la profession mais régleme l'intervention de l'assurance soins de santé dans ce cadre ; qu'ensuite, le seuil finalement retenu a été fixé à un niveau particulièrement élevé afin de ne viser que les comportements manifestement déviants ; qu'un praticien pourrait ainsi attester 65 consultations, valant 3 P, par jour ; qu'en outre, les prestations qui ne sont pas remboursables, comme par exemple les extractions dentaires entre 18 et 55 ans ou certaines prothèses, n'entrent pas en considération pour le calcul du respect dudit seuil ; que la mesure, qui vise les profils déviants, n'est pas manifestement disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi ; que l'avantage de la mesure pour l'intérêt général est indéniable puisqu'elle participe à l'amélioration des soins et l'inconvénient est uniquement financier, le prestataire ayant même la possibilité de facturer les prestations aux patients avec leur accord ; que la mesure ne fait pas peser de charges disproportionnées aux prestataires de soins, n'est pas arbitraire et est par conséquent proportionnée au but poursuivi ; que la Cour constitutionnelle a jugé, dans son arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993, que « 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 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 » ; et que les dispositions attaquées se justifient également au regard de l'objectif poursuivi, qui consiste à garantir une prestation de qualité, en lien avec le financement public qui y est afférent.

### 2.3. Mémoire en réplique

Les requérants répliquent, quant à la première branche, que l'acte attaqué viole bien la liberté thérapeutique et diagnostique puisqu'il a pour effet d'interdire au praticien de réaliser des soins qu'il estime nécessaires s'ils ont pour effet de lui faire dépasser le seuil de 200 P ; que l'article 73, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi AMI prévoit que « *Le médecin et le praticien de l'art dentaire apprécient en conscience et en toute liberté les soins dispensés aux patients. Ils veilleront à dispenser des soins médicaux avec dévouement et compétence dans l'intérêt et dans le respect des droits du patient et en tenant compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société* » ; que, s'il est exact que le choix du patient et la liberté thérapeutique concerne la prestation et non la possibilité de la porter en compte, la possibilité de porter une prestation en compte constitue indiscutablement un élément déterminant de sa réalisation ; que l'arrêt n° 206.604 concernait la nature d'une prestation et non le nombre de prestations ; que, s'il est exact que l'exercice de l'art de guérir peut être soumis à des obligations dans le cadre de l'assurance soins de santé, elles ne peuvent constituer des atteintes illégales à la liberté thérapeutique ; que l'arrêt n° 171.792 a bien établi un lien entre une modification de la nomenclature et le principe de la liberté thérapeutique et diagnostique ; que l'argument selon lequel l'acte attaqué permettrait de préserver une qualité minimale des soins par une disponibilité accrue ne convainc pas ; que la partie adverse ne démontre pas que toutes les prestations effectuées en violation des seuils serait nécessairement de moindre qualité ; que l'INAMI n'a en outre aucune compétence en matière d'appréciation qualitative d'une prestation médicale ; et qu'il est indifférent que le seuil soit élevé car l'acte attaqué aboutit à ce que, s'il est atteint, le praticien s'abstiendra d'effectuer une prestation et de la porter en compte et ne pourra pas réclamer l'honoraire à son patient.

Ils répliquent, quant à la deuxième branche, que la protection de la santé est inhérente à la profession de dentiste, de sorte qu'ils ont intérêt à la soulever ; qu'il y a bien un recul significatif dans la protection des droits des patients puisqu'ils ne pourront plus bénéficier de prestations pourtant jugées indispensables puisqu'inscrites dans la nomenclature ; que la délivrance d'une attestation s'imposerait puisque la prestation aurait, au moment où elle est accomplie, toutes les apparences de la régularité et que le patient n'aurait pas à la supporter ; et que l'objectif de l'article 53 de la loi AMI est précisément de ne pas imposer au patient de devoir supporter une prestation techniquement remboursable, spécialement les patients sociaux.

Ils répliquent, quant à la troisième branche, que l'objectif de l'acte attaqué est de coincer les fraudeurs en instaurant une présomption irréfragable de fraude ou de malfaçon ; que tant les travaux préparatoires de l'acte attaqué que la presse l'ont relevé ; que le SECM ne devrait même pas effectuer de contrôle de la réalité et de la conformité de la prestation comme l'avait pourtant demandé un représentant des dentistes ; que l'acte attaqué tend à rendre irrégulières et donc sanctionnables des prestations réellement effectuées et répondant aux conditions techniques de remboursement et aux standards de qualité ; et qu'il ne peut sérieusement être soutenu que le non-respect de la norme litigieuse constituerait une fraude au même titre que lorsqu'un praticien porte en compte des prestations en infraction avec les conditions de remboursement.

Ils répliquent, quant à la quatrième branche, que l'acte attaqué repose sur le postulat que les prestations effectuées au-delà d'un certain seuil seraient nécessairement non conformes à la nomenclature et aux standards de qualité ; que l'acte attaqué ne prend pourtant en compte que les prestations remboursables, de sorte que des prestations remboursables effectuées après une longue journée de travail où seules des prestations non remboursables auraient été effectuées pourraient elles aussi être de mauvaise qualité ou non conformes à la nomenclature ; qu'au regard de l'objectif poursuivi, il y a bien une discrimination entre dentistes sociaux, n'effectuant que des prestations remboursables, et dentistes de luxe, n'effectuant de telles prestations que marginalement ; qu'ils effectuent tous deux des prestations remboursables ; que ce qui importe est le travail effectivement réalisé, ce dont l'acte attaqué ne tient pourtant pas compte ; que les dentistes ont le droit d'organiser leur pratique comme ils l'entendent et ne peuvent subir de discrimination du fait de ce choix ; que l'INAMI devrait donc aussi tenir compte des prestations non remboursables ; et que la situation devrait être identique pour un chirurgien qui effectuerait des prestations remboursables et des prestations non remboursables.

Ils répliquent, quant à la cinquième branche, que le principe de la liberté du commerce et de l'industrie implique le droit pour les dentistes de s'organiser comme ils l'entendent en termes de cadences de travail, et ce pour diverses raisons, et qu'ils ne peuvent être discriminés du fait de cette organisation.

Ils répliquent, quant à la sixième branche, que, pour les dentistes travaillant avec le système du tiers-payant, la rémunération est étroitement liée au caractère remboursable ou non des prestations effectuées ; que cette identité existe également pour les dentistes travaillant en-dehors de ce système ; que l'acte attaqué ne constitue pas une règle d'application de la nomenclature dès lors qu'il ne détermine pas les conditions de remboursement des prestations prises individuellement, qu'il ne se suffit pas à lui-même et qu'il poursuit une volonté de sanction ; qu'on n'aperçoit pas le montant que pourra réclamer [l'INAMI] puisqu'il ne sera pas possible de déterminer la prestation irrégulière et que la loi AMI ne prévoit pas d'autre montant ; qu'il s'agirait en tout état de cause d'une violation du droit de propriété garanti par l'article 16 de la Constitution et par l'article 1<sup>er</sup> du protocole additionnel à la CEDH ; que, dans le système du tiers-payant, le système revient à faire disparaître la créance que le dentiste détenait à l'égard de [l'INAMI] ; et que si le montant à rembourser est déconnecté des prestations effectuées, la privation actuelle de la propriété sera encore plus patente.

## **2.4. Discussion**

### **2.4.1. Quant à la première branche**

1. Les requérants estiment que l'acte attaqué porte une atteinte déraisonnable à la liberté thérapeutique reconnue aux dentistes garantie par l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 et par l'article 73 de la loi du 11 juillet 1994.

2.a. L'article 11, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé du 10 novembre 1967 prévoit que « *Les praticiens visés aux articles 2, 3 et 4 ne peuvent être l'objet de limitations réglementaires dans le choix des moyens à mettre en œuvre, soit pour l'établissement du diagnostic, soit pour l'institution du traitement et son exécution, soit pour l'exécution des préparations magistrales.* »

L'article 73, § 1<sup>er</sup>, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 14 juillet 1994 énonce, pour sa part, que « *Le médecin et le praticien de l'art dentaire apprécient en conscience et en toute liberté les soins dispensés aux patients. Ils veilleront à dispenser des soins médicaux avec dévouement et compétence dans l'intérêt et dans le respect des droits du patient et en tenant compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société.* »

b. La Cour constitutionnelle a admis, dans son arrêt n° 60/2010 du 27 mai 2010, que la liberté thérapeutique et la qualité des soins de santé doivent tenir compte des possibilités budgétaires.

Par son arrêt n° 16.387 du 26 avril 1974, le Conseil d'Etat a jugé ce qui suit :

*« Considérant que l'article 11, alinéa 1<sup>er</sup>, de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 dispose :  
Les praticiens visés aux articles 2 (c'est-à-dire les médecins) ... ne peuvent être l'objet de limitations réglementaire dans le choix des moyens à mettre en œuvre, soit pour l'établissement du diagnostic, soit pour l'institution du traitement et son exécution, soit pour l'exécution des prestations magistrales ;  
que selon l'article 35, alinéa 1<sup>er</sup>, de la loi du 9 août 1963 Le médecin apprécie en conscience et en toute liberté les soins à donner ;  
Considérant qu'aucune disposition légale ne prescrit que l'assurance doit être illimitée, ni supporter sans aucun contrôle les frais de n'importe quel traitement prescrit par n'importe quel médecin et appliqué dans n'importe quelles conditions ».*<sup>34</sup>

Il a jugé, dans son arrêt n° 25.591 du 30 juillet 1985, que « la liberté thérapeutique des médecins implique qu'ils puissent choisir, fût-ce pour des raisons d'ordre psychologique, entre le rûpé et la prescription d'une spécialité, sans que pèse à l'excès sur ce choix le surcroît de dépense qui en résulterait pour le patient ».<sup>35</sup>

Saisi d'un recours en annulation contre une disposition du Code de déontologie médicale qui « se borne à imposer au médecin l'obligation 'd'examiner la nécessité' d'avoir recours aux mesures qu'il énonce », le Conseil d'Etat a jugé « qu'il découle de ce texte que le médecin peut, dans chaque cas, choisir les mesures qu'il juge les plus appropriées ou l'une d'elles seulement et qu'il pourrait même, lorsque les circonstances le justifient, estimer que, momentanément ou durant tout le traitement, aucune de ces mesures n'est nécessaire; que, notamment, l'acte attaqué n'oblige plus le médecin à recourir à l'intervention d'une équipe pluridisciplinaire et à l'assistance de spécialistes des problèmes psychologiques et sociaux; que la liberté laissée au médecin par la disposition litigieuse lui permet, lorsque les conditions lui paraissent favorables, d'amener le patient à accepter la ou les mesures qu'il lui propose sans perturber la relation qu'il a établie avec lui et sans que le patient soit détourné des soins que son état de santé requiert », et que le grief pris de la violation de l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 n'était pas établi.<sup>36</sup>

Plus récemment, saisi de recours contre des arrêtés royaux modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, le Conseil d'Etat a jugé qu'« il ressort de la loi du 14 juillet 1994, précitée, que l'exercice de [l'art de guérir] 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 ».<sup>37</sup>

Saisi d'un moyen invoquant la violation des articles 11 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 et 73 de la loi du 11 juillet 1994, du principe de la liberté diagnostique et thérapeutique et le principe de proportionnalité, il a également jugé, par son arrêt n° 205.919 du 28 juin 2010 « qu'aucune disposition de portée législative ne prescrit que l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités doit être illimitée; que la liberté thérapeutique des médecins implique qu'ils puissent choisir, fût-ce pour des raisons d'ordre psychologique, de prescrire une spécialité sans que pèse à l'excès sur ce choix le surcroît de dépense qui en résulte pour le patient; qu'il ressort cependant de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 que l'exercice de l'art de guérir peut être soumis à

<sup>34</sup> C.E., Oger, n° 16.387, 26 avril 1974 (l'acte attaqué était un arrêté royal dont les dispositions établissaient les modalités de contrôle, par le médecin-conseil, de prestations de kinésithérapie).

<sup>35</sup> C.E., Mees et consorts, n° 25.591, 30 juillet 1985 (dans cet arrêt, la liberté thérapeutique a été invoquée comme un impératif de santé publique pouvant justifier qu'il soit porté atteinte à l'interdiction de prévoir des mesures d'effet équivalent à des restrictions quantitatives à l'importation au sens de l'article 36 (ancien) du traité de Rome du 25 mars 1957 instituant la Communauté économique européenne).

<sup>36</sup> C.E., Picard et consorts, n° 60.618, 28 juin 1996.

<sup>37</sup> C.E., Neïman et consorts, n° 160.274, 19 juin 2006; C.E., Haenebalcke, n° 183.523, 29 mai 2008.



*certaines obligations dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, qui doivent cependant demeurer proportionnées par rapport à l'objectif poursuivi ».*<sup>38</sup>

**3.a.** En l'espèce, l'acte attaqué n'a pas pour objet d'interdire aux praticiens de l'art dentaire de prodiguer les soins qu'ils estimeraient nécessaires mais de définir les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé interviendra dans la prise en charge du coût de ceux-ci, étant entendu que, de l'accord des organismes assureurs et des représentants des prestataires de soins dentaires, il est impossible de réaliser correctement et régulièrement un nombre de prestations dépassant une certaine quantité chaque jour.

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

**b.** L'acte attaqué ne prévoit la cessation de l'intervention de l'assurance soins de santé – et donc l'obligation de rembourser une partie de celle-ci par les prestataires de soins – qu'au-delà d'une moyenne de 200 P quotidiens sur une période d'au moins 30 jours.

L'acte attaqué n'interdit donc pas aux praticiens d'exercer leur art ni même d'attester des prestations dans le cadre du régime de l'assurance obligatoire soins de santé<sup>39</sup>, mais énonce le principe selon lequel celle-ci cesse d'intervenir au-delà d'un certain seuil quotidien.

Il résulte également de l'exposé des faits que la fixation de ce seuil à 200 P fait suite à des discussions menées au sein d'organes associant des représentants des praticiens de l'art dentaire et de l'INAMI, discussions au cours desquelles le seuil est passé de 150 P à 200 P, et les requérants ne démontrent pas en quoi ce seuil serait manifestement déraisonnable.

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

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

En outre, comme le relève la partie adverse, les soins non visés par la nomenclature des prestations de soins ne sont pas visés par l'acte attaqué et leur réalisation n'entre pas dans la limite qu'il institue.

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

<sup>38</sup> C.E., *A.S.B.L. Association Générale de l'Industrie du Médicament et consorts*, n° 205.919, 28 juin 2010. Voy. également : C.E. *Delberghe*, n° 171.792, 4 juin 2007. Comp., sur les mêmes questions : C.E., *A.S.B.L. Belgian Bone Club et consorts*, n° 219.559, 30 mai 2012. Il doit enfin être noté que l'arrêt n° 206.604 dont font état les parties dans leurs écrits de procédure ne concerne nullement la problématique du remboursement des soins de santé mais le contentieux des étrangers et ne contient pas la motivation à laquelle les parties font référence.

<sup>39</sup> Voy. à ce propos : C.E., *Lusadusu Nkiambi*, n° 219.978, 26 juin 2012.

c. Il découle de tous ces éléments que la limitation apportée à la liberté diagnostique et thérapeutique est justifiée et raisonnable.

4. La première branche n'est donc pas fondée.

#### 2.4.2. Quant à la deuxième branche

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

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

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

*B.18. Les dispositions attaquées qui limitent le nombre de scanners PET que l'on peut exploiter dans les hôpitaux ne portent pas atteinte au droit des patients d'y avoir recours s'ils en ont besoin - ces dispositions ayant au demeurant prévu une répartition des hôpitaux qui peuvent exploiter ces appareils sur tout le territoire du Royaume - ni à leur droit de voir les frais et les honoraires engendrés par les prestations effectuées par ces appareils couverts par l'assurance maladie-invalidité.*

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

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

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

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

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

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

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

Par ailleurs, à la différence de l'affaire ayant mené à l'arrêt n° 154.359 du 31 janvier 2006 cité par les requérants, dans laquelle aucune pièce du dossier administratif ne permettait de déceler

l'objectif poursuivi par le Roi, si ce n'est le souhait d'effectuer une économie au profit de la sécurité sociale, l'acte attaqué repose sur le souhait de garantir des soins de qualité aux patients.

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

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

#### **2.4.3. Quant à la troisième branche**

1. Les requérants considèrent que l'acte attaqué porte atteinte à leur réputation puisqu'il établit une présomption irréfutable de faute.

2. L'acte attaqué n'établit pas de présomption de fraude, mais fixe une limite au-delà de laquelle l'assurance soins de santé n'intervient plus.

Si la justification de l'adoption de l'acte est effectivement fondée sur le fait qu'un praticien ne peut correctement effectuer un nombre de prestations au-delà d'un certain seuil de P, il n'en résulte pas pour autant qu'il est porté atteinte à sa réputation.

En effet, dès lors que l'acte fixe les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé intervient, son non-respect est bien visé par l'article 73bis, 2°, de la loi du 14 juillet 1994, au même titre qu'attester une prestation sans respecter toutes les conditions, mêmes les plus pointues, techniques et administratives, prévues par la nomenclature des prestations de santé.

Suivre la thèse des requérants selon laquelle tout non-respect de la nomenclature des prestations de santé serait attentatoire à la réputation de ceux-ci mènerait le Roi à ne plus pouvoir imposer de condition d'intervention de l'assurance soins de santé.

3. La troisième branche n'est pas fondée.

#### **2.4.4. Quant à la quatrième branche**

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

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

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

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

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

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



### 2.4.5. Quant à la cinquième branche

1. Les requérants considèrent que l'acte attaqué porte atteinte à la liberté d'organiser leur activité professionnelle comme ils l'entendent.

2.a. La Cour constitutionnelle a jugé dans son arrêt n° 2/2009 du 15 janvier 2009 que

*« B.22.1. [...] La liberté de commerce et d'industrie ne peut être conçue comme une liberté absolue. Dans de très nombreux cas, une loi, un décret ou une ordonnance - que ce soit dans le secteur économique ou dans d'autres secteurs - limitera la liberté d'action des personnes ou des entreprises concernées et aura ainsi nécessairement une incidence sur la liberté de commerce et d'industrie. Les régions ne violeraient la liberté de commerce et d'industrie visée à l'article 6, § 1<sup>er</sup>, VI, alinéa 3, de la loi spéciale du 8 août 1980 que si elles limitaient cette liberté sans qu'existe une quelconque nécessité pour ce faire ou si cette limitation était totalement disproportionnée avec le but poursuivi ou portait atteinte à ce principe en manière telle que l'union économique et monétaire soit compromise. »*

Appelée à examiner la portée de cette liberté à propos de la loi instaurant la plateforme e-Health, elle a également jugé, dans son arrêt n° 29/2010 du 18 mars 2010, que :

*« B.33.2. [...] l'article 7 du décret d'Allarde des 2 et 17 mars 1791 garantit la liberté de commerce et d'industrie. Cette disposition ne fait pas obstacle à ce que la loi règle l'activité économique des personnes et des entreprises. Elle ne serait violée que si elle était limitée sans nécessité et de manière manifestement disproportionnée au but poursuivi.*

*B.33.3. Pas plus que la liberté de commerce et d'industrie, le libre choix d'une activité professionnelle ne peut se concevoir comme une liberté absolue. Pour garantir le libre choix d'une activité professionnelle, le législateur compétent dispose d'une large marge d'appréciation. La Cour ne pourrait censurer les mesures prises afin d'atteindre cet objectif que si elles procédaient d'une appréciation manifestement déraisonnable. »*

Le Conseil d'Etat a, dans son arrêt n° 202.449 du 29 mars 2010, considéré *« qu'il est admis que des limitations peuvent être apportées à la liberté du commerce et d'industrie par la loi ou un règlement pris en vertu de la loi, pour autant qu'elles le soient sur la base d'une justification objective et raisonnable et qu'elles ne soient pas disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi par l'autorité »*.<sup>40</sup>

Il a également considéré, dans son arrêt n° 216.060 du 27 octobre 2011, que *« Des limitations peuvent être apportées à la liberté du commerce et de l'industrie, pour autant qu'elles reposent sur une justification objective et raisonnable et qu'elles ne soient pas disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi par l'autorité. »*<sup>41</sup>

b. En l'espèce, l'acte attaqué est motivé par le souhait d'assurer une meilleure qualité des soins dispensés au profit des bénéficiaires de l'assurance soins de santé, objectif dont la légitimité ne peut être contestée.

Pour les mêmes motifs que ceux exposés à propos de la première branche, il convient d'admettre que la limitation apportée par l'acte attaqué à la liberté des requérants d'exercer leur activité comme ils l'entendent est justifiée et raisonnable.

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

<sup>40</sup> C.E., S.P.R.L. *Limabel*, n° 202.449, 29 mars 2010.

<sup>41</sup> C.E., S.P.R.L. *Multipharma*, n° 216.060, 27 octobre 2011. Dans le même sens, voy. : C.E., A.S.B.L. *Nouvelle Clinique de la Basilique*, n° 102.422, 8 janvier 2002.

### 2.4.6. Quant à la sixième branche

1. Les requérants considèrent que l'acte attaqué porte atteinte au droit de propriété dont ils disposent sur leurs honoraires.

2.a. Le Conseil d'Etat a jugé, dans son arrêt n° 102.422 du 8 janvier 2002, « que ni l'article 16 de la Constitution, ni l'article 1<sup>er</sup> du Premier Protocole additionnel à Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales ni les articles 9 à 12 du Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, fait à New-York le 19 décembre 1966, ne font obstacle à ce que l'usage des biens soit réglementé à des fins d'intérêt général ».<sup>42</sup>

On peut également lire, dans son arrêt n° 105.838 du 24 avril 2002, « que le requérant n'établit pas et que le Conseil d'Etat n'aperçoit pas en quoi la récupération totale ou partielle à charge du dispensateur de soins des dépenses de l'assurance soins de santé et indemnités pourrait équivaloir à une confiscation générale des biens, prohibée par l'article 17 de la Constitution, et relever, à ce titre, de la compétence exclusive des Cours et tribunaux sur la base de l'article 144 de la Constitution; que le requérant n'établit pas davantage en quoi la même récupération porterait atteinte au droit de propriété tel que garanti par l'article 1<sup>er</sup> du Premier Protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, lequel n'exclut nullement que les Etats mettent en vigueur les lois qu'ils jugent nécessaires pour réglementer l'usage des biens conformément à l'intérêt général ou pour assurer le paiement des impôts ou d'autres contributions ou des amendes ».<sup>43</sup>

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

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

Ce droit peut néanmoins faire l'objet de restrictions<sup>44</sup> et, pour les motifs exposés à propos des cinq premières branches, combinés au fait que c'est en raison du comportement du prestataire de soins – qui ne peut donc prétendre ne pas être responsable de la restriction apportée à son droit – qu'il est porté atteinte au droit de celui-ci, il convient d'admettre que les restrictions apportées par l'acte attaqué à celui-ci sont régulières.

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

## 3. Troisième moyen

### 3.1. Requête en annulation

Les requérants prennent un moyen, le troisième, 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,

<sup>42</sup> C.E., *A.S.B.L. Nouvelle Clinique de la Basilique*, n° 102.422, 8 janvier 2002.

<sup>43</sup> C.E., *Defalque*, n° 105.838, 24 avril 2002.

<sup>44</sup> La Cour de justice de l'Union européenne admet également que des restrictions soient apportées au droit de propriété garanti par le droit communautaire, au motif que « ce droit n'est pas une prérogative absolue, mais qu'il doit être pris en considération par rapport à sa fonction dans la société. Des restrictions peuvent ainsi être apportées à l'usage de ce droit, à condition que celles-ci répondent effectivement à des objectifs d'intérêt général et qu'elles ne constituent pas, au regard du but poursuivi, une intervention démesurée et intolérable qui porterait atteinte à la substance même du droit ainsi garanti (voir en ce sens, arrêt *Križan e.a.*, précité, point 113 ainsi que jurisprudence citée) » (C.J.U.E., arrêt du 13 février 2014, c-530/11, § 70).

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, des 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.

Ils indiquent, dans une première branche, que l'acte attaqué prévoit des sanctions administratives à caractère pénal à l'égard des dentistes ; que de telles normes ne peuvent être prévues que par des normes législatives, sous réserve de délégations pour les éléments accessoires ; que la doctrine et la section de législation considèrent que les éléments essentiels de la réglementation d'une sanction administrative doivent être fixés par la loi ; que les articles 12 et 14 de la Constitution consacrent le principe de la légalité des infractions et de peines, également applicables aux amendes administratives selon la section de législation ; que, puisque l'acte attaqué a pour objet de lutter contre la fraude sociale d'un nombre restreint de personnes, la sanction qu'il prévoit est de nature pénale ; qu'il ne vise qu'une catégorie limitée de personnes, étant les dentistes ; et que l'ampleur potentielle des sommes à rembourser confirme le caractère pénal de la sanction.

Ils avancent, dans une deuxième branche, que l'acte attaqué ne prévoit aucune mesure d'instruction aux fins d'établir l'existence d'un comportement enfreignant la norme qu'il établit, ce qui contraste avec la procédure prévue par les articles 138 et suivants de la loi AMI ; que ces dernières ne sont pas rendues applicables à la violation de l'acte attaqué ; qu'il ne s'agit, selon la partie adverse, que d'une norme d'application de la nomenclature ; que la partie adverse a traité différemment les dentistes selon qu'il leur est reproché une des infractions visées à l'article 73bis de la loi AMI ou l'acte attaqué ; et que l'acte attaqué viole également l'article 6 de la CEDH ou le principe général de droit *audi alteram partem*, qui garantit le droit d'être informé en temps utile des faits reprochés et de la sanction envisagée, de consulter le dossier, de disposer d'un délai suffisant pour préparer sa défense, de se faire assister d'un avocat de son choix, et le droit d'être entendu sur les faits et la sanction envisagée.

Ils soutiennent, dans une troisième branche, que l'acte attaqué ne limite pas la période de prestations à prendre en considération pour le calcul du nombre de P et prévoit l'obligation de rembourser l'ensemble des prestations portées en compte à l'INAMI en infraction avec l'arrêté attaqué ; et qu'il s'agit d'une sanction disproportionnée.

### 3.2. Mémoire en réponse

La partie adverse répond que le moyen est irrecevable puisqu'elle ne vise pas l'acte attaqué, qui ne fixe que les conditions de remboursement des prestations de santé ; que l'acte attaqué ne détermine pas les modalités de contrôle de son respect ni les sanctions découlant de sa violation ; et que les sanctions et contrôles sont prévues dans les articles 73bis et 142 de la loi du 14 juillet 1994.

Elle répond, quant à la première branche, que la sanction applicable en cas de non-respect de l'acte attaqué est fixée par l'article 142 de la loi ; que le débat portant sur la nature de cette sanction ne peut être mené devant le Conseil d'Etat puisqu'il résulte d'un acte législatif ; que, puisque la sanction n'est pas prévue par l'acte attaqué, la branche manque en droit et en fait ; et qu'en tout état de cause, il ne s'agit pas d'une sanction de nature pénale, mais d'un mécanisme de récupération d'indu, assorti éventuellement d'une amende administrative.

Elle répond, quant à la deuxième branche, que le non-respect des conditions de remboursement constitue l'infraction visée par l'article 73bis, 2°, de la loi, qui énonce que « *Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1<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 » ; et que cette infraction est poursuivie suivant la procédure du contrôle médical.*

Elle répond, quant à la troisième branche, que la thèse selon laquelle la sanction serait le remboursement de l'ensemble des prestations effectuées n'est pas exacte et que l'acte attaqué ne fixe pas la moindre sanction.

### **3.3. Mémoire en réplique**

Les requérants répliquent que le moyen est recevable car l'acte attaqué rend théoriquement possible que [l'INAMI] sanctionne le praticien qui ne le respecte pas ; que l'objectif de l'acte attaqué est de coincer et sanctionner les fraudeurs ; que, outre qu'il est impossible de déterminer le montant indu puisqu'il est impossible de déterminer les prestations infractionnelles et que les points P ne sont pas convertibles en euros, le moyen est recevable puisque l'objectif de la partie adverse est de coincer les fraudeurs et de leur infliger des sanctions encore inconnues ; et qu'à supposer le moyen irrecevable, il faut que le Conseil d'Etat relève dans son arrêt, d'une part, que c'est la procédure prévue aux articles 139 et suivants qui est applicable et, d'autre part, que le remboursement ne pourrait concerner que les prestations dépassant les 200 P.

Ils répliquent, quant à la première branche, que, si le remboursement est bien une mesure civile, il n'en va pas de même des amendes visées par l'article 142 de la loi du 14 juillet 1994, et, quant au deuxième et troisième branches, qu'ils se réfèrent à leur requête.

### **3.4. Discussion**

#### **3.4.1. Quant à la première branche**

1. Les requérants considèrent que le Roi n'était pas compétent pour instituer un fait répréhensible.
2. Comme indiqué précédemment, l'acte attaqué détermine les conditions dans lesquelles les prestations sont prises en charge par l'assurance soins de santé.

C'est, par contre, en vertu de l'article 73bis de la loi du 14 juillet 1994 que le non-respect de l'acte attaqué constitue un fait répréhensible.

L'acte attaqué n'a donc pas la portée que lui donne les requérants.

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

#### **3.4.2. Quant à la deuxième branche**

1. Les requérants soutiennent que l'acte attaqué ne garantit pas le respect des droits de la défense des praticiens.
2. Dès lors que le non-respect du seuil fixé par l'acte attaqué est visé par l'article 73bis, 2°, de la loi du 14 juillet 1994, ce sont les procédures prévues par les articles 139 et suivants de celle-ci qui seront applicables.

3. Puisque ces procédures sont applicables et qu'elles permettent le respect des droits de la défense, la deuxième branche n'est pas fondée.

### **3.4.3. Quant à la troisième branche**

1. Selon les requérants, l'acte attaqué ne permet pas de déterminer la sanction découlant de son non-respect.

2. L'acte attaqué ne prévoit aucune peine en cas de non-respect de celui-ci. C'est par référence à l'article 73bis, 2°, que les conséquences de sa violation doivent être déterminées.

Par ailleurs, comme indiqué ci-avant, le non-respect de l'acte attaqué n'entraînera pas l'obligation de respecter l'ensemble des montants remboursés par l'assurance soins de santé pour les prestations dispensées au cours des journées prises en compte par le SECM, sous le contrôle des juridictions instituées auprès du SECM et du conseil d'Etat, mais uniquement du montant excédant la moyenne quotidienne de 200 P.

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

## **4. Quatrième moyen**

### **4.1. Mémoire en réplique**

Dans leur mémoire en réplique, les requérants prennent un moyen nouveau, le quatrième, de l'incompétence de l'auteur de l'acte, de la violation de l'article 35, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, et de l'article 8 du règlement d'ordre intérieur de la Commission nationale dento-mutualiste.

Elle indique que l'article 35, § 2, de la loi du 14 juillet 1994 prévoit que le pouvoir du Roi de modifier la nomenclature des prestations de soins suppose que la Commission nationale dento-mutualiste ait préalablement décidé de soumettre la proposition du conseil technique au Comité de l'assurance ; qu'en l'espèce, la Commission nationale dento-mutualiste a tenu deux réunions successives le 24 avril 2012 en raison du défaut de quorum lors de la première réunion ; que le Président de cette commission s'est fondé sur l'article 8 de son règlement d'ordre intérieur pour conclure que la décision était valablement adoptée ; qu'ils n'aperçoivent pas comment le quorum a pu être atteint lors de la seconde réunion ; et qu'il convient d'examiner ledit règlement.

### **4.2. Discussion**

L'article 8 du règlement d'ordre intérieur de la Commission nationale dento-mutualiste, approuvé par un arrêté royal du 12 février 2008 publié au *Moniteur belge* le 21 février 2008, énonce ce qui suit :

*« Les décisions sont acquises lorsqu'elles recueillent les trois quarts des voix des membres représentant les organismes assureurs et les trois quarts des voix des membres représentant le corps dentaire. Lorsque ces quorums ne sont pas atteints et pour autant que les propositions recueillent la majorité des voix des membres représentant les organismes assureurs et la majorité des voix des membres représentant le corps dentaire, le Président soumet au vote les mêmes propositions lors d'une nouvelle séance qui doit avoir lieu dans les quinze jours. Pour convoquer cette nouvelle séance, les règles de l'article 2 ne sont pas applicable si la majorité de la Commission en décide. Si la double majorité est encore atteinte à la seconde séance, les décisions sont acquises. »*<sup>45</sup>

L'article 2 dudit règlement prévoit que :

<sup>45</sup> Dossier de l'instruction, pièce 8.

*« Les membres sont convoqués par écrit et par e-mail, sous la signature soit du Président, soit du Secrétaire ou, en cas d'absence de celui-ci du Secrétaire adjoint.*

*Les convocations sont envoyées au moins trois jours ouvrables avant la date de la séance. »*

2. Ainsi qu'il ressort de l'exposé des faits, la Commission nationale dento-mutualiste a pris sa décision lors d'une réunion suivant celle au cours de laquelle il a été constaté qu'une majorité simple était présente sur le banc des organismes assureurs et sur le banc des praticiens de l'art dentaire, sans qu'une majorité des trois quarts soit pour autant présente sur chaque banc.

Les conditions de majorité lors de cette seconde réunion n'étaient plus celles prévues pour la première réunion et la Commission nationale dento-mutualiste pouvait donc décider, à la majorité simple sur chaque banc, de transmettre la proposition au Comité de l'assurance de l'INAMI.

3. Le moyen n'est donc pas fondé.

## **VII. CONCLUSIONS**

1. Il convient d'appeler à une même audience les affaires enrôlées sous les références G/A 208.397/VI-19.941 et G/A 208.546/VI-19.953.

2. Il y a lieu d'annuler l'arrêté royal du 17 janvier 2013 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnité.

3. Le rapport sera d'abord communiqué à la partie adverse, puis aux parties requérantes.

Denis Delvax  
Auditeur