

Conseil d'Etat
G/A 216.751/VI-20549

MEMOIRE EN REPLIQUE

POUR :

Monsieur David Hatzkevich, domicilié à 1090 Bruxelles, Clos Jecta, 8 ;

Partie requérante ;

Ayant pour conseil Maître Michel Kaiser, avocat, dont le cabinet est établi à 1040 Bruxelles, Boulevard Louis Schmidt, 56, au cabinet duquel il est fait élection de domicile pour les besoins de la présente procédure.

CONTRE :

L'Etat belge, représenté par son Ministre des affaires sociales et de la Santé publique dont le cabinet est établi à 1000 Bruxelles, Tour des Finances - Boulevard du Jardin Botanique 50/175 ;

Partie adverse ;

Ayant pour conseils Maîtres Pierre Slegers, Céline Pouppez et Béryl de Magnée, avocats, dont le cabinet est établi à 1050 Bruxelles, Place Flagey, 18.

A Monsieur le Premier Président et Madame le Président,
Mesdames et Messieurs les Conseillers
qui composent le Conseil d'Etat,

Mesdames,
Messieurs,

En annexe à une lettre recommandée du greffe de votre Conseil datée du 19 novembre 2015, reçue le 23 novembre 2015, la partie requérante a pris connaissance du mémoire en réponse déposé par la partie adverse.

La partie requérante, qui a introduit le présent recours contre l'Arrêté royal du 2 juin 2015 « modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités », souhaite, par l'intermédiaire de ce mémoire, vous faire part de ses observations en réplique.

I. QUANT AU PREMIER MOYEN

I.A. Rappel du moyen

1.

Le premier moyen est pris de la violation des articles 10, 11, 33, 105 et 108 de la Constitution, des principes d'égalité et de non-discrimination et de sécurité juridique, de l'incompétence de l'auteur de l'acte ainsi que des principes généraux de bonne administration et notamment du principe de proportionnalité ou du principe du raisonnable et du principe de motivation interne des actes administratifs ;

En ce que, première branche, l'arrêté royal du 2 juin 2015 a pour conséquence de contraindre le dentiste qui a dépassé le quota de points P fixé par l'acte attaqué à un remboursement ainsi qu'à des sanctions administratives et pénales dont la nature et l'ampleur ne sont pas prévisibles;

Alors que les règles et principes visés à l'appui du moyen impliquent que les conséquences de droit de tout comportement doivent répondre à une exigence de prévisibilité.

En ce que, deuxième branche, l'arrêté attaqué ne permet pas au dentiste de savoir si des prestations réalisées seront remboursables au moment où il les accomplit et si en les effectuant, il s'expose à des sanctions pénales ou administratives ;

Alors que le dentiste doit pouvoir prévoir à un degré raisonnable si une prestation est remboursée par l'assurance-maladie soins de santé.

En ce que, troisième branche, rien ne justifie que les quotas de points P mensuels, trimestriels et annuels ne soient pas fixés de manière proportionnelle ;

Alors que tout acte réglementaire doit reposer sur des motifs exacts, pertinents et adéquats.

I.B. Réponse de la partie adverse

Quant aux première et deuxième branches du premier moyen

2.

La partie adverse fait valoir que le principe de sécurité juridique n'imposerait pas que le remboursement qui sera exigé en vertu de l'acte attaqué soit connu à l'avance (la partie adverse invoque, en ce sens, les arrêts 114/2007 et 60/2010 de la Cour constitutionnelle). C'est uniquement le « contenu » du droit qui devrait être connu à l'avance.

En l'espèce, le système serait parfaitement prévisible dès lors qu'aussi bien la norme de comportement que les modalités de constatation et les conséquences du non-respect de cette norme de comportement seraient connues à l'avance.

En ce qui concerne la norme de comportement, il s'agit de l'interdiction de dépasser les seuils de 5.000 P par mois, 13.000 P par trimestre et 46.000 P par an. Toutes les prestations attestées par le dentiste seraient prises en compte dans le calcul de ces seuils, peu importe que le patient oublie d'en demander le remboursement.

En ce qui concerne la constatation du non-respect de cette norme, celle-ci serait effectuée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI lors d'un contrôle de conformité, suivant la procédure prévue aux articles 139 et suivants de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

En ce qui concerne les conséquences du non-respect, celles-ci seraient décrites aux articles 73bis, 2°, et 142, § 1^{er}, 8°, de la loi du 14 juillet 1994 précitée (il faut sans doute lire 142, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 2° et alinéa 2).

Quant à la troisième branche du premier moyen

3.

La partie adverse estime qu'il n'est pas manifestement déraisonnable d'avoir considéré qu'un rythme qui pouvait éventuellement être tenu sur un mois de travail en raison d'une surcharge temporaire de travail ne pouvait être tenu sur trois mois et qu'un rythme tenu sur trois mois en raison d'une surcharge temporaire de travail ne pouvait être tenu sur un an.

Elle déclare ainsi être partie du principe qu'il était impossible, pour un dentiste, d'accomplir :

- plus de 25 jours sur un mois à 200 P/jour ;
- plus de 65 jours sur un trimestre (qui compte entre 90 et 92 jours) à 200 P/jour ;

- plus de 230 jours sur un an (qui compte 365 jours) à 200 P/jours.

I.C. Réplique de la partie requérante

Quant aux première et deuxième branches du premier moyen

4.

Le mémoire en réponse de la partie adverse ainsi que le dossier administratif confirment le manque de prévisibilité entourant les conséquences du dépassement des quotas de valeurs P fixés par l'acte attaqué.

Après lecture de ces documents, la partie requérante n'est en effet toujours pas en mesure de déterminer les prestations précises qui feront l'objet d'un remboursement en cas de dépassement des quotas de points P prévus et, par conséquent, l'ampleur du remboursement et des sanctions administratives et pénales auxquelles elle s'expose.

5.

Dans son mémoire en réponse, la partie adverse précise que :

- le montant du remboursement sera évalué par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM), sous le contrôle des cours et tribunaux ;

- le remboursement « pourra par exemple être évalué de façon proportionnelle au degré de dépassement » (p. 30 du mémoire en réponse) (c'est la partie requérante qui souligne).

- la conséquence d'un dépassement n'est pas automatiquement le remboursement immédiat de toutes les prestations (p. 37 du mémoire en réponse). Elle n'exclut en revanche pas que cela puisse être le cas

Cela signifierait donc que, selon la partie adverse, le SECM pourrait très bien choisir, mais ne serait pas tenu, de réclamer le remboursement de l'ensemble des prestations accomplies au cours de la période à l'issue de laquelle le quota de valeurs P fixé par l'acte attaqué a été dépassé.

A la lecture du dossier administratif joint au mémoire en réponse, il apparaît, au contraire, que l'intention était, pour le Comité de l'Assurance de l'INAMI, que seules les prestations excédant les quotas prévus fassent l'objet d'un remboursement :

« Dans le cadre de la règle de non-conformité comme reprise dans l'article 73bis, §2 de la loi SSI, qui est d'application en cas de dépassement du plafond P, la valeur du remboursement sera correspond au dommage financier subi par l'assurance soins de santé, estimé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (article 142, §1, de la loi SSI). Le dépassement du plafond P exprimé en pourcentage pour une période concernée (par mois, trimestre, an), servira pour déterminer le dommage financier subi par rapport au montant global remboursé pour la même période » (Note du Comité de l'Assurance de l'INAMI – CSS 2015/041) (pièce n° 14 du dossier administratif, p. 2, c'est la partie requérante qui souligne).

L'on constate donc une contradiction entre le dossier administratif et le mémoire en réponse puisque, dans l'un, il est question d'un remboursement limité au pourcentage de prestations dépassant les quotas fixés, tandis que, dans l'autre, il est question d'un remboursement laissé à libre appréciation du SECM, dont il n'est pas exclu qu'il couvre l'ensemble des prestations accomplies au cours de la période concernée.

Cette seule contradiction suffit à démontrer le manque de sécurité juridique offert par l'acte attaqué.

6.

L'imprévisibilité résultant de ces positions contradictoires est par ailleurs renforcée par le fait qu'aucune d'entre elles ne paraît être consacrée en termes clairs par les dispositions dont le Service d'évaluation et de contrôle médicaux devra, selon la partie adverse, faire application en l'espèce. Ces dispositions sont les suivantes :

- Le nouveau § 19, alinéa 2, inséré par l'acte attaqué dans l'article 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 (l'acte attaqué), qui prévoit, pour rappel, que :

« (...)

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

- 5000 P pour une période donnée d'un mois civil ;
- ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1^{er} janvier ou le 1^{er} avril ou le 1^{er} juillet ou le 1^{er} octobre ;
- ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile ».

- L'article 73bis, 2°, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, qui prévoit que :

« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1^{er} :

(...)

2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi ».

- L'article 142, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2°, et alinéa 2, de la même loi, qui dispose que :

« 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 du remboursement 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 ».

Ces dispositions, interprétées littéralement, ont pour conséquence que ce sont toutes les prestations effectuées qui devraient, en principe, être remboursées et non les seules prestations dépassant le quota mensuel, trimestriel ou annuel de P. Le nouveau § 19 ne fait en effet pas de distinction entre les prestations entrant dans les seuils prévus et les prestations dépassant ce seuil. L'on doit donc en déduire que la condition fixée par le § 19 pour que l'assurance puisse intervenir (à savoir, que le total des valeurs P ne dépasse pas les seuils précisés) est donc fixée pour **chaque** prestation. Une autre interprétation aurait été possible si la disposition avait précisé, par exemple, que l'assurance ne pouvait pas intervenir pour les prestations effectuées au-delà du nombre de P prévu.

Tel qu'il est rédigé, l'acte attaqué conduit donc à ce que toutes les prestations attestées au cours de la période litigieuse deviennent illégales et doivent donc faire l'objet d'un remboursement. Or, pour les motifs exposés dans la requête, une telle interprétation de l'acte attaqué aboutit également à une violation des dispositions et principes visés à l'appui du moyen. Le dentiste n'est en effet pas en mesure de savoir, avant d'effectuer une prestation, si celle-ci sera effectivement remboursable et s'il s'exposera à une sanction pour celle-ci.

6bis.

De surcroît, dans l'interprétation retenue par le Comité de l'assurance, la sanction découlant du non-respect de la règle n'est pas prévisible puisque la valeur de P n'est pas univoque. Il n'est pas possible pour le praticien de connaître le montant en euros de la sanction financière en cas de dépassement du nombre de points P.

7.

En résumé, la position défendue dans le mémoire en réplique est que les conséquences liées à la violation de l'acte attaqué manquent de prévisibilité dès lors que :

- soit l'acte attaqué doit être interprété littéralement et il a alors pour conséquence que le dentiste n'est pas en mesure de savoir, avant d'effectuer une prestation, si elle sera remboursable ;

- soit l'acte attaqué ne doit pas être interprété littéralement en ce qui concerne ses conséquences. Dans cette hypothèse, ses conséquences sont quand même imprévisibles, comme le démontre la contradiction existant entre les interprétations contenues dans le dossier administratif et le mémoire en réponse de la partie adverse.

Dans un cas comme dans l'autre, c'est donc bien le contenu du droit qui n'est pas suffisamment accessible et prévisible, de sorte que les arrêts 114/2007 et 60/2010 de la Cour constitutionnelle invoqués par la partie adverse sont sans pertinence.

7bis.

Enfin, la partie requérante est perplexe lorsqu'elle lit dans le mémoire en réponse que le plafond fixé par l'acte attaqué vaudrait pour les prestations attestées et pas pour celles portées en compte à l'Assurance Maladie-Invalidité. En effet, il ne faut pas confondre la délivrance d'attestations de soins donnés (ASD) par le praticien et le fait que ces prestations soient portées en compte à l'Assurance Maladie-Invalidité (AMI). Des prestations faisant l'objet d'une ASD par le praticien peuvent ne jamais être portées en compte à l'assurance maladie et invalidité (voir, à cet égard, le point 18 de la requête en annulation). L'on ne voit dès lors pas comment celle-ci serait au courant des prestations attestées mais qui ne lui sont pas portées en compte.

Contrairement à ce que présume la partie adverse, le praticien ne peut donc pas savoir avec précision le nombre de point P portés en compte à l'Assurance Maladie-Invalidité (AMI) et n'est donc pas en mesure de prévoir à partir de quel moment il serait en infraction.

8.

Pour le surplus, il est renvoyé aux développements consacrés à ces branches du moyen dans la requête.

Le premier moyen est fondé dans ses première et deuxième branches.

Quant à la troisième branche du premier moyen

9.

En justifiant les seuils trimestriel et annuel tels qu'ils ont été fixés par le fait qu'il est inenvisageable, pour un dentiste, de pouvoir travailler, sur trois mois, plus de 65 jours à 200 P/jour et, sur un an, plus de 230 jours à 200 P/jour, la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation.

Ce faisant, elle perd en effet notamment de vue les cas de figure suivants :

- le dentiste qui comptabiliserait, sur un trimestre, 5.000 P le premier mois (25 jours à 200 P/ jour), 3.500 P le deuxième mois (20 jours à 175 P/jour), et 5.000 P le troisième mois (25 jours à 200 P/jour) et qui, le reste de l'année, conserverait une moyenne de 3.500 P par mois. L'on n'aperçoit pas en quoi il serait inenvisageable qu'il puisse travailler de manière intensive pendant deux mois sur un trimestre, d'autant plus s'ils ne se succèdent pas directement ;

- le dentiste qui travaillerait un mois sur deux 25 jours à 200P/jour (5.000 P sur le mois) et un mois sur deux 20 jours à 150 P/jour (3.000 P sur le mois). Celui-ci, avec un total de 48.000 P sur l'année, dépassera donc le quota annuel de 46.000 P. Pourtant, l'on n'aperçoit pas en quoi il ne serait pas possible pour ce dentiste de tenir un rythme de travail intense un mois sur deux, entrecoupé de mois beaucoup plus calmes. Monsieur Hanson, représentant des organisations professionnelles représentatives des dentistes, au sein du Conseil technique dentaire, considère en effet qu'une moyenne journalière de 150 P sur une période de 300 jours est acceptable (pièces n° 1 et 2 du dossier administratif) ;

- le dentiste qui travaillerait chaque trimestre selon le régime suivant :

- 1^{er} mois : 5.000 P (25 jours à 200 P/jour) ;
- 2^{ème} mois : 3.500 P (20 jours à 175 P/jour) ;
- 3^{ème} mois : 3.500 P (20 jours à 175 P/jour).

Il atteindrait un total de 48.000 P sur l'année alors qu'il ne travaillerait qu'un mois sur trois de manière intensive.

En ne prenant pas en compte la possible alternance de périodes de travail intenses et de périodes de repos ou d'activités moins intenses, la partie adverse a violé le principe de proportionnalité. L'acte attaqué est ainsi susceptible de contraindre des dentistes à arrêter de travailler en fin de trimestre ou d'année pour ne pas dépasser le quota trimestriel ou annuel, alors que ceux-ci ont, par l'organisation de leur travail, très bien pu adopter un rythme de travail soutenable.

L'on observe d'ailleurs que la dégressivité prévue pour les kinésithérapeutes est nettement moindre puisque l'on n'observe qu'une différence de 4.000 M entre le montant maximum de valeurs M par trimestre multiplié par 4 ($40.000 \times 4 = 160.000$) et le montant maximum de valeurs M par an (156.000) (voir l'article 7, §19, de la nomenclature, reproduit en note de bas de page n° 3, page 5, du mémoire en réponse). En d'autres termes, là où, pour les dentistes, l'on observe, en raison du principe de la dégressivité, un passage de 60.000 P potentiels par an (5.000 par mois \times 12) à un total maximum de 46.000 P par an, soit une baisse de 23 %, l'on observe, pour les kinésithérapeutes, en raison du principe de dégressivité, un passage de 160.000 M potentiels (40.000×4) à un total maximum de 156.000 M, soit une baisse de 2,5 %.

10.

Le moyen est fondé dans sa troisième branche.

II. QUANT AU DEUXIEME MOYEN

II.A. Rappel du moyen

11.

Le deuxième moyen est pris de la violation de l'article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques, de la violation de la violation des articles 10, 11, 16 et 23, alinéa 3, 2°, de la Constitution, notamment en ce que cette dernière disposition est revêtue d'une obligation de *standstill*, de la violation de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités notamment ses articles 53 et 73, de la violation des articles II.3 et II.4. du Code de droit économique introduit par la loi du 28 février 2013 introduisant le Code de droit économique, de la violation de l'arrêté royal (de pouvoirs spéciaux) n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des profession des soins de santé et notamment de son article 11, de la violation du principe général de droit de liberté diagnostique et thérapeutique, de la violation des principes généraux de bonne administration et notamment du principe de proportionnalité ou du principe du raisonnable et du principe de motivation interne des actes administratifs ;

En ce que, première branche, l'arrêté attaqué a pour effet d'interdire aux dentistes d'effectuer dans certaines circonstances des prestations remboursables qu'ils estiment nécessaires ;

Alors que les dentistes doivent pouvoir être libres de prescrire et d'exécuter les prestations qu'ils estiment nécessaires ;

En ce que, deuxième branche, l'arrêté attaqué soustrait dans certaines circonstances des prestations de la possibilité de remboursement ;

Alors qu'une telle soustraction entraîne un recul significatif dans la protection du droit à la santé ;

En ce que, troisième branche, l'arrêté attaqué établit une forme de présomption irréfutable de fraude dans le chef de certains dentistes ;

Alors qu'une telle présomption porte une atteinte grave à leur honneur et à leur réputation ;

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

Alors que, tout acte administratif, qu'il soit réglementaire ou individuel, doit reposer sur une justification exacte, pertinente et adéquate ;

En ce que, cinquième branche, l'arrêté attaqué limite les prestations des dentistes qui travaillent de manière intensive ;

Alors qu'une telle limitation porte atteinte à leur liberté d'organiser l'exercice de leur profession comme ils l'entendent ;

En ce que, sixième branche, l'arrêté attaqué a pour effet de priver d'une partie de leurs revenus les dentistes qui dépassent un volume de travail de 5000 P pour un mois civil, de 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, ou de 46000 P pour une année civile ;

Alors qu'une privation du droit de propriété ne peut être prévue que par la loi.

II.B. Réponse de la partie adverse

Quant à la première branche du deuxième moyen

12.

La partie adverse rappelle tout d'abord que l'objectif de la mesure est de garantir la qualité des soins et d'éviter les abus.

13.

Elle précise ensuite que, en l'espèce, l'acte attaqué a uniquement pour objet de régler l'intervention de la sécurité sociale. Or, la liberté thérapeutique et diagnostique du dentiste ne concernerait que le choix des moyens auxquels il estime devoir faire appel pour poser le diagnostic et pour déterminer ou exécuter le traitement. Elle serait en revanche indépendante du remboursement des moyens utilisés pour traiter une pathologie spécifique. La partie adverse invoque, à l'appui de ces considérations, deux arrêts rendus par votre Conseil, dans lesquels il a été considéré que le statut de remboursement dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire était sans incidence sur la liberté thérapeutique.

L'acte attaqué n'aurait donc ni pour objet, ni pour effet de porter atteinte à la liberté thérapeutique et diagnostique. L'acte attaqué n'empêcherait pas le dentiste de prescrire et de réaliser toutes les prestations qu'il estime nécessaires.

14.

A titre subsidiaire, on le suppose, la partie adverse défend la proportionnalité de l'atteinte portée à la liberté thérapeutique au regard de l'objectif poursuivi, à savoir garantir la qualité des soins et éviter les abus. La partie adverse s'attache ainsi à démontrer que les seuils mensuels, trimestriels et annuels de valeur P sont tellement élevés que leur dépassement signifierait que le prestataire qui les effectue ne peut pas y consacrer le temps nécessaire pour que la qualité des soins soit remplie ou qu'il existe une fraude. Elle expose deux exemples de journées à 200 P qui iraient en ce sens. L'acte attaqué atteindrait uniquement les profils « déviants » et ne serait donc manifestement pas disproportionné au regard de l'objectif poursuivi.

15.

Enfin, la partie adverse invoque un arrêt de la Cour constitutionnelle dans lequel celle-ci estime que, lorsque le législateur souhaite contenir le budget de l'assurance maladie-invalidité dans certaines limites, il relève de son pouvoir d'appréciation 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* » (C.C., n° 84/93 du 7 décembre 1993).

Quant à la deuxième branche du deuxième moyen

16.

La partie adverse estime, tout d'abord, que la deuxième branche du deuxième moyen est irrecevable dès lors que la partie requérante n'aurait pas intérêt à invoquer une discrimination dont seraient affectés des tiers, à savoir les patients.

17.

Elle prétend ensuite que le risque de se voir refuser des soins, auquel le patient s'expose, ne découlerait pas de l'acte attaqué mais du comportement du praticien qui choisirait de ne pas se conformer à l'acte attaqué.

18.

La partie adverse estime enfin que l'acte attaqué ne porte, en toute hypothèse, pas atteinte aux droits du patient. Même pour les prestations effectuées au-delà des quotas fixés, le patient sera toujours remboursé par la sécurité sociale et ne devra donc supporter aucun frais lié à ces prestations. Il serait en outre toujours possible pour un dentiste de renvoyer le patient vers un autre prestataire lorsqu'il a dépassé les quotas fixés.

Quant à la troisième branche du deuxième moyen

19.

Selon la partie adverse, le dépassement des quotas fixés par l'acte attaqué n'est susceptible d'entraîner qu'un constat de « non-conformité » aux règles de la nomenclature. Il n'y aurait en revanche aucune présomption irréfragable de fraude ou de mauvaise qualité des prestations et, partant, aucune sanction automatique.

Par ailleurs, aucune publicité n'étant donnée à la procédure de contrôle, il ne pourrait être porté atteinte à l'honneur et à la réputation du dentiste.

Quant à la quatrième branche du deuxième moyen

20.

La partie adverse décrit la manière dont la valeur P a été calculée et estime ne pas avoir commis d'erreur manifeste d'appréciation en la matière.

Quant à la cinquième branche du deuxième moyen

21.

Selon la partie adverse, l'acte attaqué tiendrait justement compte de la liberté d'organisation du temps de travail des praticiens en prévoyant des plafonds très larges.

Quant à la sixième branche du deuxième moyen

22.

La partie adverse soutient que l'arrêté attaqué constitue un règle d'application de l'intervention de l'assurance obligatoire et que le simple fait qu'un remboursement puisse être réclamé en cas de non-respect de cette règle ne porte pas atteinte au droit de propriété.

Elle opère un parallèle entre l'espèce et le dossier dont avait à connaître la Cour constitutionnelle dans l'affaire ayant donné lieu à l'arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993 relatif aux prestations de biologie clinique.

23

La partie adverse considère, en outre, qu'en tout état de cause, les conditions dans lesquelles il est permis de déroger au droit de propriété sont remplies. Elle estime d'abord que l'objectif poursuivi, qui consiste à garantir la qualité des soins qui font l'objet d'un financement public, est légitime, que la mesure n'est pas disproportionnée à l'objectif poursuivi.

II.C. Réplique de la partie requérante

Quant à la première branche du deuxième moyen

24.

Pour rappel, le mécanisme litigieux a pour effet d'interdire au dentiste de réaliser des prestations en principe remboursables qu'il estime pourtant nécessaires sur le plan médical, si ces prestations ont pour effet de lui faire dépasser la limite mensuelle, trimestrielle ou annuelle de valeurs P prévue par l'acte attaqué. Cela suffit à démontrer que l'acte attaqué porte atteinte à la liberté diagnostique et thérapeutique.

L'on n'est en effet pas ici dans l'hypothèse où un dentiste pourrait avoir des réticences à poser un acte parce qu'il ne serait pas remboursable par la sécurité sociale, mais pour lequel il pourrait être payé par le patient. Au contraire, l'on est en présence ici d'une véritable interdiction de poser un acte qui est en principe remboursable, sous peine, pour le dentiste, de devoir rembourser le montant perçu pour cet acte (et donc, de ne pas être rémunéré)¹ et de s'exposer à des sanctions administratives.

Le dentiste devra même, si l'on interprète littéralement les dispositions applicables, rembourser les montants perçus pour l'ensemble des actes posés au cours de la période litigieuse. Une telle conséquence est manifestement disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi ce qui suffit à considérer que le moyen est fondé.

En d'autres termes, ce n'est pas de la simple impossibilité de porter en compte un type de prestation à la sécurité sociale dont il est question en l'espèce mais de l'interdiction (sous peine de remboursement et de sanctions) de poser des prestations qui peuvent en principe être portées en compte, lorsqu'un quota mensuel, trimestriel ou annuel a été dépassé, alors même que le dentiste estimerait qu'un tel acte doit être posé immédiatement.

25.

En ce qui concerne la proportionnalité de l'atteinte ainsi portée à la liberté diagnostique et thérapeutique, il y a lieu de relever, indépendamment de la question de savoir si le

¹ Il devra même, si l'on interprète littéralement les dispositions applicables, rembourser les montants perçus pour l'ensemble des actes posés au cours de la période litigieuse.

dépassement des quotas fixés signifie automatiquement qu'il y a eu fraude ou prestations de mauvaise qualité, que :

1° l'acte attaqué va bien au-delà de l'objectif poursuivi, à savoir éviter les fraudes et/ou les prestations de mauvaise qualité, dès lors que, une fois les quotas fixés atteints, il empêche les dentistes d'accomplir tout acte en principe remboursable qu'il estimerait nécessaire, quand bien même il s'agirait du seul acte que le dentiste aurait à accomplir dans la journée. L'absence de qualité ou le caractère frauduleux des prestations qui seraient effectuées au-delà des quotas fixés par l'acte attaqué repose en effet sur une présomption irréfragable, sans que cela ne se justifie. Il n'est pas démontré que toutes les prestations effectuées par le praticien au-delà des quotas fixés seraient nécessairement de moindre qualité ou frauduleuses. Ainsi, si, sur un trimestre, le dentiste effectue des prestations pour une valeur de 5.000 P le premier, 5.000 P le deuxième mois, il ne pourra plus effectuer des prestations que pour une valeur de 3.000 P le troisième mois. Une fois ce quota atteint, il devra refuser d'accomplir des prestations en principe remboursables même s'il les estime nécessaires et alors même que l'on pourrait difficilement prétendre qu'elles seraient de mauvaise qualité ou frauduleuses. L'atteinte ainsi occasionnée à la liberté thérapeutique et diagnostique n'est donc pas justifiée.

La partie adverse reconnaît d'ailleurs implicitement que ce ne sont pas forcément les dernières prestations qui seraient frauduleuses ou de mauvaise qualité. Elle déclare en effet que le dépassement des quotas fixés est « *une indication qu'il [le dentiste] a, lors de la période donnée soit commis des fraudes, soit réalisé des prestations de pauvre qualité* » (point 47, p. 27, du mémoire en réplique) (c'est la partie requérante qui souligne).

Le fait que le plafond fixé par la norme litigieuse soit élevé ne change rien au fait que s'il est effectivement atteint, le dentiste ne peut effectuer une prestation qu'il estime médicalement nécessaire et pour laquelle il ne peut être contesté qu'il se trouve dans des conditions optimales d'intervention. A titre surabondant, en ce qui concerne les deux journées décrites dans le mémoire en réplique, il y a tout d'abord lieu de relever que, ainsi que cela a été exposé dans le premier moyen, les quotas fixés peuvent très bien être dépassés sans que les dentistes n'effectuent que des journées à 200 P. En outre, l'exemple des 65 consultations par jour ne correspond à aucune réalité et est tout à fait fantaisiste – la consultation est un acte peu courant chez les dentistes. Paradoxalement, le mécanisme mis en place par l'acte attaqué peut conduire le praticien à travailler plus lentement pour ne pas atteindre le plafond de points P fixé.

2° l'acte attaqué ne permet pas d'atteindre l'objectif poursuivi dès lors que :

- il suffira aux fraudeurs de s'adapter aux quotas fixés. Le fait de fixer un quota n'empêchera pas ceux qui le souhaitent de continuer à déclarer des prestations fictives ;
- l'acte attaqué ne prend pas en compte le nombre de prestations non remboursables effectuées par le dentiste. Ainsi, un dentiste qui occuperait la majorité de ses journées à s'occuper d'une clientèle « non-sociale » et qui porterait en compte frauduleusement des prestations fictives à la sécurité sociale ou accomplirait des prestations remboursables à la fin de ses journées de travail, dans des conditions ne garantissant, selon le

raisonnement de la partie adverse, pas la qualité des soins, ne serait pas concerné par l'acte attaqué. Il suffira, pour ces dentistes, de respecter les quotas pour demeurer au-dessus de tout soupçon.

Contribue d'ailleurs à démontrer le fait que de nombreux praticiens n'ayant pas un profil « social » seraient susceptibles d'être concernés par l'acte attaqué s'il prenait en compte les prestations non remboursables, la déclaration de Monsieur VANDE VANNET, membre du Conseil technique de l'art dentaire, qui signalait qu'il y aurait « lieu à l'avenir de revoir aussi le plafond P en cas d'extension de la nomenclature. Sinon, les praticiens évolueront automatiquement vers un profil outlier » (pièce n° 9 du dossier administratif, page 2). Cela signifie donc bien que de nombreux dentistes n'ont actuellement pas un profil « outlier », uniquement parce qu'un grand nombre de leurs prestations ne sont pas comptabilisées dès lors qu'elles ne sont pas remboursables.

- l'acte attaqué n'empêchera pas certains praticiens d'effectuer un nombre très élevé de prestations pendant une partie du mois, du trimestre ou de l'année, jusqu'à ce que le « quota » du mois, du trimestre ou de l'année soit atteint. Le seul effet du quota sera d'empêcher ces dentistes de travailler jusqu'à la fin du mois, du trimestre ou de l'année et donc de limiter les dépenses. La mesure ne permettra en revanche aucunement d'éviter la fraude ou d'améliorer la qualité des soins.

Il en découle donc que la mesure attaquée est loin d'être proportionnée à l'objectif poursuivi puisqu'elle ne permet pas d'atteindre celui-ci (ou l'atteint de manière discriminatoire en ne visant que les dentistes ayant une patientèle majoritairement « sociale ») et va bien au-delà de l'objectif poursuivi puisqu'elle empêche l'accomplissement de prestations dont on ne pourrait raisonnablement présumer qu'elles sont frauduleuses ou de mauvaise qualité (les prestations au-delà de 3.000 P dans l'exemple ci-dessus).

En réalité, la meilleure solution aurait été d'utiliser ces quotas (éventuellement revus à la baisse pour prendre en compte les dentistes effectuant par ailleurs un grand nombre de prestations non remboursables) comme indicatif de la nécessité d'une enquête fouillée, par le SECM, chez certains dentistes et de prendre en compte, à l'occasion de ces enquêtes, le nombre de prestations non remboursables effectuées.

Il convient en outre de rappeler que seule une disposition de valeur législative peut porter atteinte à la liberté thérapeutique et diagnostique (voir requête en annulation).

26.

S'agissant de l'arrêt de la Cour constitutionnelle invoqué par la partie adverse, celui-ci n'est pas pertinent en l'espèce. L'acte attaqué n'est en effet pas une mesure budgétaire mais a uniquement pour objectif de lutter contre le comportement frauduleux d'un nombre restreint de dentiste. Il ressort ainsi de la lecture du dossier administratif que la norme querellée « réintroduit un mécanisme antifraude qui avait comme but de toucher les praticiens de l'art dentaire qui attestent un grand nombre irréalizable de prestations de l'assurance maladie obligatoire, les « outliers » » et « vise un groupe restreint de dentistes et a pour objectif de s'attaquer aux graves abus qui mettent en danger la survie du système d'assurance actuel. Le point de départ pour réinstaurer cette mesure adhère toutefois toujours au contenu du rapport au Roi de l'AR annulé du 17.01.2013,

soit : Cette règle d'application supplémentaire est instaurée à la suite du constat consensuel fait par les partenaires sociaux siégeant dans les organes de concertation sur l'art dentaire de l'INAMI : les revenus annuels qu'une part infime des praticiens de l'art dentaire perçoivent de l'assurance maladie obligatoire prennent des proportions irréalistes, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas être engendrés par un mode d'attestation correcte et/ou moyennant la préservation d'une qualité minimale des prestations effectuées » (pièce 11 du dossier administratif).

27.

La première branche du deuxième moyen est donc fondée.

Quant à la deuxième branche du deuxième moyen

28.

L'arrêté royal (de pouvoirs spéciaux) n°78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé classe les dentistes parmi les professions de soins de santé. La protection de la santé est inhérente à leur profession. Ce faisant, les dentistes ont un intérêt à soulever un moyen tiré de la violation du droit à la santé des patients. Ils ont un intérêt certain au moyen dans sa deuxième branche.

29.

Il inexact de dire que le risque de se voir refuser des soins découle du choix du praticien de ne pas se conformer à l'acte attaqué et non de l'acte attaqué en lui-même. C'est précisément si le dentiste décide de se conformer à l'acte attaqué et de ne plus effectuer aucune prestation remboursable au-delà des quotas fixés (qui deviendrait dès lors non remboursable) qu'il devra refuser des soins au patient.

30.

S'agissant enfin de l'affirmation de la partie adverse selon laquelle le patient ne verrait pas ses droits affectés par le comportement de son dentiste et, partant, par l'acte attaqué, puisqu'il pourrait toujours être remboursé par la sécurité sociale, la partie requérante reste dubitative. L'on imagine en effet mal qu'un dentiste accepte de réaliser une prestation dépassant les quotas fixés par l'acte attaqué et donc de délivrer une attestation de soins pour cette prestation s'il sait que, ce faisant, il s'expose à une obligation de rembourser son montant ainsi qu'à une sanction administrative. Le dentiste placé dans une telle situation fera donc l'économie d'une procédure en s'abstenant de soigner, car en soignant il s'oblige à délivrer l'attestation de soins, vu l'article 53 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités. Le patient se verra donc, soit purement et simplement refuser les soins, soit refuser une attestation de soins (et ce illégalement). Dans un cas comme dans l'autre, le patient verra ses droits diminuer. Le renvoi vers un autre prestataire, quant à lui, est contraire au principe fondamental du libre choix du praticien de l'art dentaire par le patient, garanti par l'article 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

31.

Le moyen est fondé dans sa deuxième branche.

Quant à la troisième branche du deuxième moyen

32.

Comme déjà dit, l'objectif de l'acte attaqué est de « coincer les fraudeurs » que le SECM ne parvient pas à coincer en prévoyant une forme de présomption irréfragable de fraude ou de mauvaise qualité des prestations pour les praticiens qui dépassent le plafond de points P. Le fait que l'acte attaqué ne désigne personne comme fraudeur n'y change rien dès lors que les actes préparatoires à celui-ci sont très clairs par rapport à l'objectif poursuivi. Comme la partie adverse ne cesse de le répéter dans son mémoire en réponse, un dentiste ne pourrait, selon elle, pas dépasser les quotas fixés dans l'acte attaqué sans être en même temps un fraudeur ou bâcler son travail. Il s'agit donc bien d'une présomption irréfragable.

L'atteinte à l'honneur et à la réputation des dentistes qui atteindraient ces quotas est donc évidente.

Il n'en aurait pas été de même si le fait d'atteindre les plafonds fixés avait été uniquement considéré comme un signal clignotant invitant le SECM à la vigilance et à procéder à un contrôle approfondi des prestations du praticien en cause.

33.

Le moyen est donc fondé en sa troisième branche.

Quant à la quatrième branche du deuxième moyen

34.

Si la partie requérante ne conteste pas que le dossier administratif mentionne le « matériel » nécessaire pour chaque prestation et le pourcentage que celui-ci est censé représenter par rapport aux honoraires appliqués (pièce 14 du dossier administratif, annexe III), elle constate en revanche qu'aucune justification du pourcentage qu'est supposé représenter le matériel par rapport aux honoraires appliqués n'est donnée. En d'autres termes, la valeur du matériel utilisé n'est pas décrite objectivement.

Il n'est donc toujours pas possible de comprendre la manière dont le pourcentage a été attribué à chacune des sous-valeurs « prestation », « matériel », « intervention d'un tiers non praticien de l'Art dentaire ».

35.

Le moyen est fondé en sa quatrième branche.

Quant à la cinquième branche du deuxième moyen

36.

Comme déjà démontré ci-dessus (troisième branche du premier moyen), les plafonds, tels qu'ils ont été fixés par l'acte attaqué, empêchent l'adoption d'une organisation du travail, même selon un rythme que la partie adverse qualifierait elle-même d'acceptable.

La partie requérante s'en réfère pour le surplus à sa requête en annulation.

37.

La cinquième branche du moyen est fondée.

Quant à la sixième branche

38.

Contrairement à ce que prétend la partie adverse, la norme litigieuse ne constitue pas une simple règle d'application de la nomenclature.

La nomenclature des prestations de santé (NPS) énumère les prestations remboursées par l'assurance maladie invalidité et précise les conditions dans lesquelles elles peuvent lui être portées en compte. Ces conditions sont déterminées par des règles dites d'application. Ce sont des règles techniques qui visent notamment la qualification du praticien, le diagnostic qui justifie la prestation, le déroulement de la prestation, le nombre de prestations, les formalités administratives permettant le remboursement...

Pour illustrer le propos, on peut fournir l'exemple de la règle d'application suivante :

377090 377101	Examen radiographique de toute une mâchoire ou des deux mâchoires, par cliché panoramique, quel que soit le nombre de clichés, jusqu'au 18 ^{ème} anniversaire	N 41 P 4
Règle d'application L'intervention de l'assurance pour les prestations 377090 - 377101 ou 307090 - 307101 n'est due qu'une fois par année civile. L'intervention de l'assurance pour la répétition de la prestation 377090 - 377101 ou 307090 - 307101 au cours de la même année civile pourra être accordée après autorisation préalable du médecin-conseil.		

Le mécanisme mis en place par l'arrêté attaqué est présenté comme une règle d'application.

Cependant, il se distingue des autres règles d'application en ce qu'il ne concerne pas les caractéristiques d'une ou de plusieurs prestations réalisées par le dentiste pour un patient déterminé mais concerne les prestations effectuées par le dentiste pour l'ensemble de sa patientèle. Il ne s'agit donc aucunement d'une règle technique.

En réalité, son objectif n'est pas de fixer des conditions de remboursement mais d'attacher une présomption irréfragable de fraude à un comportement et d'empêcher des remboursements pour des prestations réellement effectuées, jusqu'à preuve du contraire. Un tel objectif, qui s'assimile à une forme de sanction d'un comportement frauduleux présumé, n'a pas sa place dans la nomenclature et constitue, en toute hypothèse, une atteinte au droit de propriété.

39.

Cette atteinte au droit de propriété est, en outre, disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi, à savoir assurer la qualité des soins et empêcher la fraude dès lors que :

- ainsi qu'il a été démontré ci-dessus, l'acte attaqué va au-delà de cet objectif et ne permet pas de l'atteindre (première branche du deuxième moyen, point 25) ;

- le montant réclamé sera indépendant des prestations effectivement prestées et de leur qualité. Dès lors qu'une présomption de fraude et de mauvaise qualité des prestations est établie une fois que les plafonds fixés par l'acte attaqué sont dépassés, la partie requérante doute en effet que la détermination du montant à rembourser par le dentiste passe par une vérification systématique (par le SECM) de la réalité et la qualité des prestations.

Il convient enfin de rappeler que seule une disposition de valeur législative peut instaurer une privation du droit de propriété (voir requête en annulation)

40.

La sixième branche du moyen est fondée.

III. QUANT AU TROISIEME MOYEN

III.A. Rappel du moyen

41.

Le troisième moyen est pris de la violation de l'article 6 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, des articles 10, 11, 12, 14, 33, 105 et 108 de la Constitution, de la violation des principes d'égalité et de non-discrimination, de la violation des principes généraux du contradictoire ainsi que de légalité des incriminations, de la violation des principes généraux de bonne administration d'équitable procédure ou *audi alteram partem* et de proportionnalité ainsi que de l'incompétence de l'auteur de l'acte ;

En ce que, première branche, l'arrêté attaqué prévoit à l'égard des dentistes des mesures qui doivent être considérées, par leur nature, leur objectif et leurs effets, comme des sanctions administratives à caractère pénal ;

Alors que de telles sanctions ne peuvent être prévues que par un acte de nature législative ;

En ce que, deuxième branche, l'arrêté attaqué ne prévoit aucune mesure d'instruction aux fins d'établir l'existence d'un comportement enfreignant la norme qu'il établit susceptible de conduire à la mesure de sanction ;

Alors qu'aucune sanction ne peut être prise qu'à l'issue d'une procédure équitable respectant le principe du contradictoire ;

En ce que, troisième branche, l'arrêté ne limite pas la période de prestations à prendre en considération pour le calcul du nombre de P et prévoit l'obligation de rembourser potentiellement l'ensemble des prestations portées en compte à l'INAMI en infraction à l'arrêté attaqué, le cas échéant pendant un trimestre voire un an ;

Alors qu'une telle sanction est manifestement hors de proportion avec le but poursuivi.

III.B. Réponse de la partie adverse

Quant à la première branche du troisième moyen

42.

La partie adverse prétend que l'acte attaqué se limiterait à fixer les conditions de remboursement des prestations et constituerait une simple règle d'application de la nomenclature.

L'acte aurait donc bien été adopté par l'autorité compétente. Elle invoque à l'appui de cette argumentation l'avis de la section de législation de votre Conseil, n° 57/411/2 du 11 mai 2015.

Quant à la deuxième branche du troisième moyen

43.

L'acte attaqué ne prévoirait pas lui-même une sanction mais se limiterait à fixer des conditions de remboursement des prestations dentaires.

Les sanctions, en cas de non-respect de ces conditions de remboursement, sont celles prévues dans la loi du 14 juillet 1994. Or, une procédure d'instruction est prévue par les articles 138 et suivants de cette même loi.

Quant à la troisième branche du troisième moyen

44.

Selon la partie adverse, l'objet de l'acte attaqué ne serait pas de contraindre les dentistes dépassant les plafonds fixés à rembourser l'ensemble des prestations accomplies au cours de la période concernée par le dépassement du plafond.

III.C. Réplique de la partie requérante

Quant à la première branche du troisième moyen

45.

Ainsi qu'il a déjà été démontré ci-dessus (voir point 38 du présent mémoire), l'acte attaqué ne constitue pas une simple règle d'application de la nomenclature.

L'objectif de l'arrêté attaqué est de lutter contre la fraude sociale d'un nombre restreint de personnes en prévoyant la non-intervention de l'assurance pour l'ensemble des prestations attestées par un dentiste au cours d'une période donnée, qu'elles soient de qualité ou non, qu'elles aient été réellement effectuées ou non, à partir du moment où le total des valeurs P relatif à cette période dépasse un nombre qui est jugé irréaliste par la partie adverse, à savoir :

*« - 5000 P pour une période donnée d'un mois civil ;
- ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1er janvier ou le 1er avril ou le 1er juillet ou le 1er octobre ;
- ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile ».*

Un tel refus d'intervention pour des prestations qui, jusqu'à preuve du contraire, doivent être considérées comme ayant été réellement accomplies et comme étant de qualité, ne peut être interprété autrement que comme une sanction administrative à caractère pénal réprimant un comportement présumé frauduleux.

46.

Le moyen est fondé en sa première branche.

Quant à la deuxième branche du troisième moyen

47.

L'acte attaqué prévoit lui-même la sanction applicable puisqu'il dispose que l'assurance n'interviendra pas pour les prestations accomplies lorsque le total des valeurs P pour une période donnée dépasse le plafond fixé pour cette même période.

La partie requérante prend acte du fait que la partie adverse paraît considérer que seules les sanctions prévues dans la loi du 14 juillet 1994 seraient d'application. Il s'agit toutefois là d'une interprétation qui s'écarte de l'interprétation littérale de l'acte attaqué et qui n'offre pas une sécurité juridique suffisante (voir première branche du premier moyen).

48.

Le moyen est fondé dans sa deuxième branche.

Quant à la troisième branche du troisième moyen

49.

La partie requérante renvoie aux développements relatifs à la première et la deuxième branche du troisième moyen ainsi qu'à sa requête en annulation.

50.

Le troisième moyen est fondé en sa troisième branche.

IV. QUANT AU QUATRIEME MOYEN

51.

Le quatrième moyen, suscité par la prise de connaissance du dossier administratif et soulevé dans le mémoire en réplique, est pris 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, de l'article 8 du règlement d'ordre intérieur de la Commission nationale dento-mutualiste, de l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur du Conseil technique dentaire du 12 mai 2011 ;

En ce que, première branche, une modification de la nomenclature suppose une décision préalable et valablement prise de la Commission nationale dento-mutualiste ;

Alors qu'il n'est pas démontré que la décision prise le 27 janvier 2015 par la Commission nationale dento-mutualiste a été adoptée selon le quorum requis ;

En ce que, deuxième branche, la décision du Conseil technique de l'art dentaire du 22 janvier 2015 a été prise suite à la consultation écrite de ses membres en vertu de l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur du Conseil technique dentaire du 12 mai 2011 ;

Alors qu'une telle consultation écrite n'était possible qu'en cas d'extrême urgence.

Développement de la première branche du quatrième moyen

52.

L'article 35, §2, de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités permet au Roi d'apporter des modifications à la nomenclature des prestations de santé visée au § 1er « *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* ».

53.

La partie requérante ne dispose pas du résultat des votes ayant mené à la décision de la Commission nationale dento-mutualiste du 27 janvier 2015 de transmettre la proposition du Conseil technique de l'art dentaire à la Commission de contrôle budgétaire et au Comité de l'assurance. La pièce n° 13 du dossier administratif fait en effet uniquement état d'une décision de la Commission. La partie requérante n'est donc pas en mesure de vérifier que le quorum requis a été atteint.

Il appartiendra au membre de l'auditorat chargé de l'instruction du dossier de réclamer ce document à la partie adverse.

54.

A ce stade, la première branche du quatrième moyen est fondée.

Développement de la deuxième branche du quatrième moyen

55.

La proposition de texte initiale a été adoptée par le Conseil technique de l'art dentaire selon la procédure décrite à l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur du Conseil technique dentaire du 12 mai 2011 qui dispose que :

« En cas d'extrême urgence, le président est autorisé à consulter les membres par écrit ou par e-mail. Le secrétariat du Conseil est chargé de cette consultation. Le délai de réponse est fixé par le président et ne peut être inférieur à quatre jours ouvrables. Lorsque deux ou plusieurs membres à voix délibérative dans ce délai de réponse communiquent qu'ils refusent une consultation écrite, le point concerné est inscrit à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil ».

Dans la consultation écrite, le Président se limiter à justifier le recours à cette procédure dérogatoire de la manière suivante : « Vu l'extrême urgence du dossier « valeurs P » » (pièce n° 10 du dossier administratif).

En l'absence d'une motivation circonstanciée de l'urgence, rien ne justifiait de recourir à cette procédure dérogatoire, de sorte qu'il faut considérer que la proposition de texte initiale n'a pas été valablement adoptée.

56.

La deuxième branche du quatrième moyen est fondée.

A CES CAUSES,

Et toutes autres à faire valoir ultérieurement s'il échet, en prosécution de cause,
La partie requérante vous prie,

Mesdames, Messieurs,

De déclarer le recours recevable et fondé et, par conséquent, d'annuler l'Arrêté royal du 2 juin 2015 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités ;

De mettre les dépens, en ce compris l'indemnité de procédure évaluée à 700 €, à charge de la partie adverse.

Pour la partie requérante,

Son conseil,

Michel Kaiser

Bruxelles, le 21 janvier 2015