

CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

A R R E T

n° 194.266 du 16 juin 2009

G./A.191.695/VI-18.145

En cause :

1. LOISEAU Pierre-Yves,
2. l'association sans but lucratif
DENTISTERIE SOCIALE,
3. la société privée à responsabilité limitée
CABINET DENTAIRE LOISEAU,

ayant élu domicile chez
Me Jean-Pol DOUNY, avocat,
rue Louvrex, n° 28,
4000 Liège,

contre :

1. l'Etat belge, représenté par
la Vice-Première Ministre et
Ministre des Affaires sociales
et de la Santé publique,
2. la Commission nationale dento-mutualiste,
3. l'Institut National d'Assurance
Maladie-Invalidité, en abrégé INAMI,

ayant élu domicile chez
Mes Luc DEPRE et
Pierre SLEGERS, avocats,
Chaussée de la Hulpe, n° 178,
1170 Bruxelles.

LE PRESIDENT F.F. DE LA VI^e CHAMBRE DU CONSEIL D'ETAT,
SIEGEANT EN REFERE,

Vu la requête unique introduite le 5 mars 2009 par Pierre-Yves LOISEAU, l'association sans but lucratif DENTISTERIE SOCIALE et la société privée à responsabilité limitée CABINET DENTAIRE LOISEAU qui demandent l'annulation et la suspension de l'exécution de "l'accord dento-mutualiste 2009-2010, du 03.12.2008 et publié au Moniteur belge le 07.01.2009, pris en vertu des articles 26, 50 et 51 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994";

Vu la note d'observations et le dossier administratif;

Vu le rapport de M. DELVAX, Auditeur au Conseil d'Etat, rédigé sur la base de l'article 12 de l'arrêté royal du 5 décembre 1991 déterminant la procédure en référé devant le Conseil d'Etat;

Vu l'ordonnance du 18 mai 2009 fixant l'affaire à l'audience du 5 juin 2009 à 09.30 heures;

Vu la notification du rapport et de l'ordonnance de fixation aux parties;

Entendu, en son rapport, M. LEWALLE, Conseiller d'Etat, Président f.f.;

Entendu, en leurs observations, Me Bernadette SYBILLE, loco Me Jean-Pol DOUNY, avocat, comparaissant pour les parties requérantes et Me Pierre SLEGERS, avocat, comparaissant pour la partie adverse;

Entendu, en son avis conforme, M. DELVAX, Auditeur;

Vu le titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant que les éléments de droit et de fait utiles à l'examen de la demande sont les suivants :

1. L'article 22 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, énonce notamment que :

" Le Comité de l'assurance :

[...]

3° approuve les conventions et accords, compte tenu de la décision du Conseil général sur leur compatibilité budgétaire, rendue dans les conditions de l'article 16, § 1^{er}, 7^o et nonobstant la possibilité pour le Ministre de s'y opposer dans les quinze jours ouvrables à dater de la notification de la décision, effectuée par le président du Comité de l'assurance. En cas d'opposition du Ministre, ce dernier exerce les compétences du Comité de l'assurance, visées à l'article 51, § 1^{er}, alinéa 4.

[...]".

L'article 26 de la même loi prévoit que :

- " Les conventions et les accords prévus aux articles 42 et 50 sont négociés et conclus au sein du Service des soins de santé et les projets de conventions visés à l'article 22, 6°, et 6° bis, développés au sein du Service des soins de santé, par des commissions de conventions ou d'accords groupant un nombre égal de représentants des organismes assureurs et de représentants des organisations représentatives des professions ou des établissements, services ou institutions intéressés.

La composition et les règles de fonctionnement de ces commissions sont fixées par le Roi. Ces commissions peuvent, d'initiative, faire aux conseils techniques compétents ou, pour les prestations dispensées par des personnes appartenant à des professions pour lesquelles il n'existe pas de conseil technique, au Comité de l'assurance, des propositions d'adaptation de la nomenclature des prestations de santé.

Chacune de ces commissions, à l'exception de la Commission nationale médico-mutualiste est présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé où par son délégué.

Celui-ci peut décider que des commissions peuvent siéger ensemble lorsque des questions relevant d'un intérêt commun sont portées à l'ordre du jour.

Le secrétariat est assumé par un agent du Service des soins de santé, désigné par le fonctionnaire-dirigeant de ce Service".

Les articles 50 et suivants de la même loi disposent que :

- " CHAPITRE V. - Des rapports avec les dispensateurs de soins, les services et les établissements.

[...]

Section I. - Des conventions.

[...]

Section II. - Des rapports avec les médecins et les praticiens de l'art dentaire.

Art. 50. § 1^{er}. Les rapports entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical et les praticiens de l'art dentaire et les organismes assureurs sont régis par des accords.

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

[...]

§ 3. Ces accords entrent en vigueur dans une région déterminée, quarante-cinq jours après leur publication au Moniteur belge, sauf si plus de 40 p.c. des médecins ou des praticiens de l'art dentaire ont notifié, par lettre recommandée à la poste, leur refus d'adhésion aux termes desdits accords. En outre, pour que dans chaque région, les accords puissent entrer en vigueur, pas plus de 50 p.c. des médecins de médecine générale ni plus de 50 p.c. des médecins spécialistes ne peuvent avoir refusé d'y adhérer.

La lettre recommandée à la poste doit être envoyée au siège des Commissions visées au § 2 au plus tard le trentième jour suivant la publication des accords au Moniteur belge.

Le décompte des médecins ou des praticiens de l'art dentaire qui ont notifié leur refus d'adhésion aux termes des accords est établi, région par région, par les Commissions visées au § 2, avant l'entrée en vigueur des accords.

Le cachet de la poste fait foi de la date d'expédition de la lettre recommandée à la poste, visée aux alinéas 1^{er}, 2 et 5.

Toutefois, si la Commission compétente reçoit des lettres recommandées à la poste qui ont été envoyées après l'expiration de ce délai de quarante-cinq jours et qui tendent au retrait d'un refus d'adhésion antérieurement notifié, cette Commission constate que l'accord entre en vigueur dans une région déterminée, pour autant qu'à la suite de ces lettres, les pourcentages de refus d'adhésion n'y dépassent plus un des pourcentages prévus à l'alinéa 1^{er}.

Dans le cas où, conformément aux clauses d'un accord, certains médecins ou praticiens de l'art dentaire notifient leur refus de le respecter plus longtemps, la Commission compétente constate, le cas échéant, que l'accord cesse d'être d'application dès que ces nouveaux refus ont pour conséquence de porter les pourcentages des refus d'adhésion pour une région déterminée au-delà des pourcentages prévus à l'alinéa 1^{er}.

Les médecins et les praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié un refus d'adhésion aux accords, sont réputés d'office avoir adhéré à ces accords pour leur activité professionnelle complète, sauf s'ils ont, dans les délais et suivant les modalités à déterminer par le Roi, communiqué à la Commission compétente les conditions de temps et de lieu dans lesquelles ils n'appliqueront pas le montant des honoraires qui y sont fixés.

En dehors des heures et des jours communiqués conformément à l'alinéa précédent, les dispensateurs de soins sont censés avoir adhéré aux accords. Il en va de même lorsqu'il n'ont pas informé au préalable les titulaires des jours et heures pour lesquels ils n'ont pas adhéré aux accords.

§ 3bis. Sans préjudice de la disposition du § 3, dernier alinéa, les tarifs qui découlent de la nomenclature sont les honoraires maximums qui peuvent être exigés pour les prestations dispensées dans le cadre des consultations à l'hôpital si, préalablement, le bénéficiaire n'a pas été expressément informé par l'établissement hospitalier sur l'adhésion ou non aux accords du dispensateur de soins au moment où les soins sont dispensés.

§ 4. Les limites des régions coïncident avec celles des arrondissements administratifs du Royaume. Le Roi peut fixer une délimitation différente des régions, sur proposition de la Commission nationale compétente.

§ 5. La Commission nationale, au sein de laquelle un accord a été conclu, fixe les modalités suivant lesquelles le texte de l'accord, accompagné d'une formule de refus d'adhésion, est transmis aux médecins ou aux praticiens de l'art dentaire. Ces modalités doivent assurer la transmission à tous les médecins ou praticiens de l'art dentaire de ces documents, quels que soient les modes d'envoi choisis, et respecter leurs droits de notifier leur refus d'adhésion.

§ 6. Les accords, conclus au sein des Commissions visées au § 2, fixent notamment les honoraires qui sont respectés vis-à-vis des bénéficiaires de l'assurance par les médecins et les praticiens de l'art dentaire, qui sont réputés avoir adhéré aux accords.

Ils fixent les conditions de temps, de lieu et d'exigences particulières ou de situation économique des bénéficiaires dans lesquelles ces honoraires peuvent être dépassés. Ces honoraires sont déterminés par la fixation de facteurs de multiplication à appliquer aux valeurs relatives visées à l'article 35, § 1^{er}, étant entendu que le médecin ou le praticien de l'art dentaire détermine librement ses honoraires pour les prestations qui ne seraient pas reprises dans la nomenclature.

En ce qui concerne les visites ou prestations à domicile, les accords fixent pour les frais de déplacement le montant forfaitaire que les médecins ou les praticiens de l'art dentaire réclament aux bénéficiaires; ils peuvent contenir des clauses prévoyant des modalités particulières applicables dans une région déterminée, éventuellement sur proposition d'une commission médico- ou dento-mutualiste régionale ou des délégués régionaux des organisations professionnelles représentatives du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire et des organismes assureurs. Ce montant forfaitaire peut être différent suivant les régions. Des forfaits différents peuvent éventuellement être prévus à l'intérieur d'une même région afin de rencontrer des situations particulières.

Pour les cas où un médecin spécialiste ou un praticien de l'art dentaire est appelé en consultation au domicile du malade par le médecin traitant, l'accord peut fixer une indemnité kilométrique de déplacement.

Les accords peuvent prévoir une intervention de l'assurance soins de santé dans les frais d'organisation de cours de formation complémentaire en faveur des médecins.

Les accords peuvent aussi prévoir une intervention forfaitaire de l'assurance soins de santé obligatoire versée par l'Institut, à charge du budget des honoraires, aux dispensateurs de soins répondant à des conditions supplémentaires autres que celles relatives à la qualification. L'accord national médico-mutualiste conclu le 13 décembre 1993 est censé prévoir une telle intervention dont le montant annuel est fixé à 20.000 francs pour l'année 1995.

Les accords peuvent en outre prévoir les conditions dans lesquelles le dispensateur de soins ne répond plus, pour une période déterminée, aux conditions de l'accréditation, visées à l'article 36ter, si en application de l'article 141, §§ 2 et 3, il fait l'objet d'au moins deux sanctions au cours d'une période de 4 années civiles.

§ 7. Les accords prévoient des clauses pénales au sens des articles 1226 à 1233 du Code civil, qui peuvent être appliquées au médecin ou au praticien de l'art dentaire qui ne respecte pas les dispositions des accords.

Ils peuvent prévoir également que la Commission nationale au sein de laquelle a été conclu l'accord est compétente pour concilier les contestations qui peuvent surgir à propos de l'interprétation ou de l'exécution des accords et qu'elle peut prendre l'avis du conseil technique compétent lorsque la contestation porte sur l'interprétation de la nomenclature.

§ 8. Les accords conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste sont conclus pour une durée de deux ans au moins.

Toutefois le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord d'une durée inférieure à deux ans.

Les accords conclus au sein de la Commission nationale médico-mutualiste et de la Commission nationale dento-mutualiste doivent, en outre, prévoir des dispositions concernant une dénonciation générale ou limitée à certaines prestations ou groupes de prestations ou à certains dispensateurs de soins, ainsi que des modalités de dénonciation individuelle desdits accords lorsque les mesures correctrices non prévues dans les accords n'ont pas été approuvées par les représentants du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire selon les règles prévues aux §§ 2 et 3, alinéas 7 et 8.

§ 9. Le président de la Commission nationale convoque la Commission au plus tard trois mois avant la date d'expiration de l'accord en cours.

Il organise les travaux de la Commission de telle sorte que la procédure décrite au § 10 puisse être entamée au plus tard un mois avant l'expiration de l'accord en cours, et terminée au plus tard à la date d'expiration de l'accord.

§ 10. En cas de difficultés de difficultés suscitées par un pourcentage de refus d'adhésion éventuellement supérieur à ceux visés au § 3 dans une ou plusieurs régions, la Commission nationale intéressée examine la situation et peut proposer, après consultation des délégués régionaux du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire et des organismes assureurs, des solutions permettant la mise en vigueur des accords dans cette ou ces régions.

La Commission constate, région par région, que l'accord peut entrer en vigueur, soit que les pourcentages de refus d'adhésion prévus au § 3 ne sont plus dépassés, soit que les solutions envisagées à l'alinéa précédent ont été obtenues.

§ 11. Si à la date d'expiration d'un accord ou d'un document visé à l'article 51, § 1^{er}, alinéa 6, 2^o, aucun nouvel accord n'a été conclu ou si un nouvel accord ou un nouveau document ne peut pas entrer ou rester en vigueur dans toutes les régions du pays, le Roi peut, notamment, pour l'ensemble du pays ou pour certaines régions du pays et pour toutes ou certaines prestations et pour toutes ou certaines catégories de bénéficiaires, fixer des tarifs maximum d'honoraires. Il peut également fixer le montant de l'intervention forfaitaire visée au § 6, alinéa 6.

Si la mesure précitée est prise à l'égard de tous les bénéficiaires et qu'il est renvoyé pour la fixation des honoraires aux tarifs de l'accord ou du document, les dispositions prévues par l'accord ou le document précité resteront ou seront appliquées aux médecins et praticiens de l'art dentaire, qui, dans ces régions, n'ont pas notifié, dans les délais visés au § 3, leur refus d'adhésion aux termes de l'accord ou du document précité, dans ce cas la mesure prise en vertu de l'alinéa 1^{er}, ne leur sera pas applicable.

Si à la date d'expiration d'un accord ou d'un document, un nouvel accord n'a pas pu être conclu ou si un nouvel accord a été conclu ou un document a été publié au Moniteur belge, mais que les montants et les honoraires ne sont pas encore entrés en vigueur, le Roi fixe la base de calcul des interventions de l'assurance dues en vertu de l'article 37.

S'il n'est pas pris d'arrêté en exécution de l'alinéa précédent, les montants et honoraires fixés dans l'accord ou le document venu à expiration continuent momentanément à servir de base de calcul de l'intervention de l'assurance.

§ 12. Les accords nationaux médico-mutualistes contiennent des dispositions subordonnant une revalorisation supplémentaire des honoraires d'un ou de plusieurs groupes de dispensateurs de soins à la maîtrise de l'évolution des dépenses pour certaines prestations de santé que ce ou ces groupes de dispensateurs peuvent

influencer par leur pratique. La revalorisation susvisée peut aussi porter sur une des deux parties des honoraires définies à l'article 68, § 1^{er}.

Le montant de cette revalorisation supplémentaire doit être lié à une diminution de la progression des dépenses dans les secteurs identifiés dans l'accord.

Toutefois le Comité de l'assurance peut, dans des circonstances exceptionnelles, approuver un accord qui ne contient pas de telles dispositions.

Section III. - Dispositions communes aux sections I et II relatives à d'autres prestations de santé.

Art. 51. § 1^{er}. Les conventions et accords visés aux sections I et II, doivent être conclus par les commissions compétentes et soumis au Comité de l'assurance avant le 30 novembre, accompagnés de l'avis de la Commission de contrôle budgétaire. Le total des montants de dépenses résultant des accords et conventions nouvellement conclus ou en cours, des dépenses estimées pour les prestations de santé pour lesquelles un accord ou une convention n'est pas conclu ou en cours et des budgets globaux des moyens financiers ne peut dépasser l'objectif budgétaire annuel global. Si celui-ci est dépassé, le Comité de l'assurance propose aux commissions les mesures nécessaires pour respecter l'objectif budgétaire annuel global.

Avant le 1^{er} décembre, le Comité de l'assurance communique au Conseil général les accords et conventions conclus afin de lui permettre de décider, au plus tard le 31 décembre, s'ils sont compatibles sur le plan budgétaire.

Si à la date du 1^{er} décembre, une convention ou un accord est conclu et si le Comité de l'assurance marque son approbation sur le contenu du texte de la convention ou de l'accord, il notifie par écrit une approbation au président de la commission concernée.

Si à la date précitée, une convention ou un accord n'a pu être conclu par la commission concernée ou si la convention ou l'accord n'obtient pas l'approbation du Comité de l'assurance, ce dernier peut émettre des remarques ou formuler lui-même une proposition dont il fait part au président de la commission dans un délai de quinze jours. Le président du Comité de l'assurance fait alors convoquer une réunion de ladite commission que lui-même ou son délégué préside. La commission concernée dispose d'un délai de quinze jours à dater de la communication de la proposition ou des remarques du Comité de l'assurance pour se prononcer sur celles-ci.

Si la commission concernée marque son accord sur la proposition ou les remarques du Comité de l'assurance ou si celui-ci accepte la contre-proposition de la commission, une convention ou un accord est conclu sur cette base.

Si, au contraire, la commission concernée rejette la proposition ou les remarques du Comité de l'assurance ou si le Comité de l'assurance rejette la contre-proposition de la commission ou si la commission ne se prononce pas dans le délai prévu ou si le Conseil général se prononce négativement, en application de l'article 16, § 1^{er}, 7^o, sur ces remarques ou propositions :

1^o les dispositions de l'article 49, §§ 1^{er} et 5, sont applicables en ce qui concerne les conventions;

2^o en ce qui concerne les accords, le Ministre peut, après délibération en Conseil des ministres, soumettre un document à l'adhésion des médecins ou des praticiens de l'art dentaire. Ce document fixe les tarifs d'honoraires des prestations de santé qui sont la base des remboursements de l'assurance, les règles particulières de publicité et les

conditions de temps et de lieu dans lesquelles ces tarifs et règles sont de stricte application, ces conditions sont celles qui étaient prévues dans le dernier accord conclu. Dans ledit document est fixé également le montant de l'intervention forfaitaire visée à l'article 50, § 6, alinéa 6.

Les médecins ou praticiens de l'art dentaire qui n'ont pas notifié leur refus par écrit dans les trente jours de la publication de ce document au Moniteur belge, sont réputés avoir marqué leur adhésion. Les dispositions de ce document entrent en vigueur conformément aux dispositions de l'article 50, § 3. Sans préjudice des autres dispositions qui résultent de la constatation que plus de 40 p.c. des médecins ou praticiens de l'art dentaire ont marqué leur refus, le bénéfice du statut social est accordé aux médecins ou praticiens de l'art dentaire qui en font la demande selon la procédure en vigueur.

3° si la procédure visée au point 2 n'est pas suivie, il peut être fait application des dispositions prévues à l'article 50, § 11.

Sans préjudice des dispositions précédentes et de celles de l'article 49, si, à la date d'expiration d'une convention, aucune nouvelle convention n'a été conclue, les prix et honoraires fixés dans la convention précédente venue à expiration, continuent à servir de base de calcul de l'intervention de l'assurance jusqu'à ce qu'une nouvelle convention ou tout autre texte qui en tient légalement lieu, entre en vigueur.

§ 2. Chaque convention ou accord doit contenir des engagements concernant les honoraires, les prix, ainsi que, si possible, la maîtrise du volume des prestations.

Chaque convention ou accord doit également contenir les mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action aussitôt qu'il est constaté que l'objectif budgétaire annuel partiel est dépassé ou risque d'être dépassé [...].

Les mécanismes correcteurs peuvent, notamment, consister en adaptations des tarifs d'honoraires, des prix ou autres montants, modifications de la nomenclature des prestations de santé visée à l'article 35, § 1^{er}, et nouvelles techniques de financement des prestations de santé.

En sus de ces mécanismes de correction, chaque convention ou accord doit contenir :

1° une clause prévoyant en cas de non-application des économies structurelles visées au § 1^{er} de l'article 40 ou de celles visées à l'article 18, une réduction automatique et immédiatement applicable des honoraires, prix ou autres montants ou des tarifs de remboursement selon les règles fixées aux alinéas 5 à 7;

2° des mécanismes de correction susceptibles d'entrer en action dès qu'il est constaté que la croissance en volume de certaines prestations ou groupes de prestations dépasse ou risque de dépasser les normes en matière de volume incorporées dans la convention ou dans l'accord.

Le Conseil général constate dans le mois qui suit la date prévue d'entrée en vigueur des économies visées la non-application de celles-ci. La réduction visée à l'alinéa 4, 1°, est alors appliquée d'office via circulaire aux dispensateurs et aux organismes assureurs le premier jour du deuxième mois qui suit la date d'entrée en vigueur des économies visées.

Ces réductions automatiques et immédiatement applicables sont également d'application durant une période où aucune convention ou aucun accord n'est en cours et font, à compter du 1^{er} janvier 2001, partie intégrante des dispositions des

conventions qui, en application de l'article 49, § 4, sont reconduites tacitement à cette date.

L'application de la réduction visée au 1^o ne peut être invoquée ni par une des parties ayant conclu la convention ou l'accord, ni par le dispensateur individuel qui y adhère pour dénoncer cette convention, cet accord ou cette adhésion.

Après approbation des objectifs budgétaires annuels partiels d'une année x par le Conseil général, une commission de convention ou d'accord ne peut constater qu'il y a une marge pour indexer les prestations de santé au 1^{er} janvier de l'année x, conformément aux modalités fixées par le Roi en vertu de l'article 207bis, qu'à une date antérieure au 31 décembre de l'année (x-1) et si le montant de l'indexation est prévu dans l'objectif budgétaire pour l'année x. Passé cette date il revient au Conseil général, après avis de la Commission de contrôle budgétaire, de déterminer s'il y a une marge suffisante pour indexer les prestations de santé qui intervient alors le premier jour du mois qui suit la décision du Conseil général.

§ 3. Le Roi détermine ce qu'il faut entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel ou des normes en matière de volume.

Il peut, dans ces dispositions, distinguer entre les deux groupes de dépenses qui sont visées à l'article 51, § 7.

§ 4. En vue de mettre en place un audit permanent des dépenses en soins de santé, le Service des soins de santé communique trimestriellement l'évolution des dépenses et des volumes à chaque commission de conventions ou d'accords et à la Commission de contrôle budgétaire.

Le Service susvisé transmet dans les 30 jours qui suivent la fin de chaque trimestre au Comité de l'assurance, au Conseil général, à la Commission de contrôle budgétaire, aux commissions de conventions ou d'accords concernées et aux Ministres des Affaires sociales et du Budget, un rapport standardisé relatif à l'évolution des dépenses pour chacun des secteurs des soins de santé sur base d'indicateurs spécifiques, dont l'arrêté royal du 5 octobre 1999 portant exécution de l'article 51, § 4, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 déterminant ce qu'il y a lieu d'entendre par dépassement significatif ou risque de dépassement significatif de l'objectif budgétaire partiel. Ce rapport impliquera les commissions de conventions ou d'accords et sera établi selon un schéma approuvé par le Conseil général. Ce rapport mentionnera notamment l'état de réalisation des nouvelles initiatives et des économies en tenant compte de l'aspect intersectoriel, le risque de dépassement de l'objectif budgétaire annuel partiel et des calculs techniques, une analyse des causes de ce dépassement mais aussi d'évolutions de codes nomenclature non conformes au passé.

§ 5. Les moyens financiers supplémentaires issus des économies réalisées à l'intérieur d'un secteur par rapport à l'objectif budgétaire annuel ou à une partie de celui-ci ne peuvent être affectés qu'à la prise en charge de prestations non ou insuffisamment couvertes à l'intérieur du secteur précité et ce, dans les limites et aux conditions fixées par le Roi.

Les commissions d'accords ou de conventions concernées peuvent formuler, auprès du Conseil général, des propositions d'affectation des moyens visés à l'alinéa précédent.

Le Conseil général se prononce sur les propositions précitées dans le cadre de ses compétences budgétaires et de politique générale.

§ 6. Chaque commission de conventions ou d'accords tient à jour l'inventaire de toutes les modifications ayant une incidence sur les dépenses relatives aux prestations pour lesquelles elle est compétente. Pour les prestations qui ne font pas l'objet d'une convention ou d'un accord, cet inventaire est tenu à jour par le Service des soins de santé. Ces modifications financières sont enregistrées en termes budgétaires et en montants réels calculés sur les deux premières années de leur application.

Après avis de la Commission de contrôle budgétaire, ces inventaires sont soumis à l'approbation du Conseil général.

§ 7. Les procédures et les mécanismes de correction, fixés dans le présent article, s'appliquent séparément aux dépenses afférentes à l'objectif budgétaire annuel global qui résulte de l'application de l'article 40, § 1^{er}, alinéa 3 d'une part, et aux dépenses exceptionnelles et particulières qui sont fixées par le Roi, en application du même paragraphe de l'article 40 d'autre part, dans la mesure où les deux groupes de dépenses peuvent être distingués. Le Conseil général détermine, après l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, quelles dépenses sont ou ne sont pas discernables.

Art. 52. § 1^{er}. Des accords prévoyant le paiement forfaitaire des prestations peuvent être conclus entre les organismes assureurs et les dispensateurs de soins pratiquant les tarifs d'honoraires de la convention ou de l'accord visé à l'article 50.

Les parties concernées par un accord forfaitaire doivent respecter les dispositions qui régissent leurs rapports dans le cadre de la présente loi coordonnée.

Le Roi fixe, après avis de la commission composée en application des dispositions de l'alinéa 5, et du Comité de l'assurance, les règles en vertu desquelles ces accords sont conclus et détermine les normes selon lesquelles la charge des forfaits est répartie entre les organismes assureurs.

Les accords concernant le forfait sont conclus au sein d'une commission présidée par le fonctionnaire-dirigeant du Service des soins de santé ou par son délégué, et composée par des représentants des organismes assureurs d'une part et les dispensateurs de soins visés par l'accord d'autre part. La conclusion finale de l'accord n'est acquise que si le vote réunit les deux tiers des organismes assureurs; l'accord ainsi conclu engage tous les organismes assureurs. Ils sont soumis à l'avis du Comité de l'assurance et à l'approbation du Ministre.

La composition et les règles de fonctionnement de la commission concernant l'avis visé à l'alinéa 3 et concernant l'application des règles, notamment pour ce qui est du calcul et du paiement des montants forfaitaires, sont fixées par le Roi.

§ 2. En cas de dépassement d'honoraires constaté à plusieurs reprises dans le chef des personnes ayant adhéré ou étant réputées avoir adhéré à une convention ou à un accord, l'organe au sein duquel la convention ou l'accord a été réalisé peut décider à leur égard de supprimer ou de diminuer les avantages octroyés en vertu de l'article 54.

§ 3. Les contestations qui ont pour objet les droits et obligations résultant des conventions, accords ou documents visés aux articles 42 et 50, entre les institutions de soins ou les dispensateurs de soins qui ont adhéré à un accord ou une convention ou qui n'ont pas notifié leur refus d'adhésion à ces accords ou documents et les assurés ou les organismes assureurs, sont de la compétence du tribunal du travail.

Elles sont introduites suivant la procédure fixée par l'article 704, § 2, du Code judiciaire dans les deux ans qui suivent le fait ou la décision contestés.

Par dérogation aux articles 81 et 104 du Code judiciaire, les chambres qui connaissent de ces litiges se composent d'un juge au tribunal du travail ou d'un conseiller à la cour du travail.

Tout débat est précédé d'une tentative de conciliation.

Art. 53. § 1^{er}. Les dispensateurs de soins dont les prestations donnent lieu à une intervention de l'assurance sont tenus de remettre aux bénéficiaires ou, dans le cadre du régime du tiers payant, aux organismes assureurs, une attestation de soins ou de fournitures ou un document équivalent dont le modèle est arrêté par le Comité de l'assurance, où figure la mention des prestations effectuées; pour les prestations reprises à la nomenclature visée à l'article 35, § 1^{er}, cette mention est indiquée par le numéro d'ordre à ladite nomenclature ou de la manière déterminée dans un règlement pris par le Comité de l'assurance sur la proposition du Conseil technique compétent en fonction de la nature des prestations.

[...]

Les organismes assureurs ne peuvent accorder de remboursement si l'attestation de soins ou de fournitures ou le document en tenant lieu ne leur est remis.

Le dispensateur de soins est tenu de remettre ces documents dès que possible et au plus tard dans un délai fixé par le Roi. Une amende administrative de 1.000 à 10.000 francs est infligée pour chaque infraction commise par le dispensateur de soins.

Lorsque, dans le délai de trois ans à compter de la date à laquelle une amende administrative lui a été infligée, le contrevenant commet une infraction de même nature que celle qui a donné lieu à l'application d'une amende administrative, le montant de l'amende infligée précédemment est chaque fois doublé.

Le Roi fixe le montant de l'amende administrative ainsi que la procédure relative à la constatation des infractions et au prononcé des amendes administratives.

Le produit de ces amendes est versé à l'Institut, secteur des soins de santé.

Le Roi peut fixer les conditions et les modalités de paiement de l'intervention de l'assurance au bénéficiaire ou à ses représentants. Il peut également préciser quelles sont les personnes qui ne peuvent agir en qualité de représentant.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'il détermine, le régime du tiers payant est autorisé, interdit ou obligatoire. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition.

Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles spécifiques par lesquelles le bénéfice du régime du tiers payant pour les prestations de biologie clinique dispensées aux bénéficiaires non hospitalisés peut être accordé ou retiré par les organismes assureurs aux laboratoires visés à l'article 63.

Il est interdit aux mutualités, unions nationales et organismes assureurs de faire fonctionner dans des établissements de soins de santé des guichets auxquels le

paiement de l'intervention de l'assurance soins de santé peut être obtenu, de quelque manière que ce soit.

Le Roi peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer les conditions et les cas dans lesquels une obligation de paiement de l'intervention de l'assurance par l'organisme assureur s'applique vis-à-vis de certaines catégories de dispensateurs de soins, qui apportent la preuve qu'ils ont utilisé la carte d'identité sociale de l'assuré social conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 18 décembre 1996 portant des mesures en vue d'instaurer une carte d'identité sociale à l'usage de tous les assurés sociaux, en application des articles 38, 40, 41 et 49 de la loi du 26 juillet 1996 portant modernisation de la sécurité sociale et assurant la viabilité des régimes légaux des pensions, ou qui fournissent la preuve qu'ils ont consulté les données d'identité et d'assurabilité des assurés sociaux, précisées par Lui, et qui ont appliqué le régime du tiers payant conformément aux données figurant sur la carte d'identité sociale ou conformément aux données d'identité et d'assurabilité précitées. Cette obligation de paiement ne vaut que vis-à-vis des dispensateurs de soins qui ont observé les dispositions légales ou réglementaires; l'obligation de paiement susmentionnée vis-à-vis des dispensateurs de soins n'enlève en outre rien à la possibilité de réclamer à l'assuré les interventions qui auraient été octroyées indûment, conformément aux dispositions de l'article 164.

[...]"

2. Le 10 octobre 1986, le Roi a adopté un arrêté portant exécution de l'article 34quater, alinéa 4, de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité, actuellement intitulé arrêté "portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994".

Cet arrêté royal énonce notamment les hypothèses dans lesquelles le recours au système du tiers payant est obligatoire, interdit ou autorisé.

3. Le 24 janvier 2007, un accord national dento-mutualiste a été adopté, valable pour les années 2007 et 2008, dont le point 4 est rédigé comme suit :

" 4. DU BON USAGE DU TIERS PAYANT.

4.1. Les parties de la CNDM conviennent de maintenir le Groupe paritaire qui était chargé d'examiner les litiges découlant de l'application du régime du tiers payant instauré par l'Accord du 9 décembre 1992.

4.2. Les organismes assureurs rassemblent, d'une manière établie par la Commission nationale, du matériel chiffré sur l'usage aberrant du tiers-payant tel que défini dans l'arrêté royal du 10 octobre 1986. On peut tenir compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle du dentiste. Les organismes assureurs transmettent ces données de manière anonymisée à la Commission nationale. La Commission nationale détermine ensuite à partir de quel point les dentistes individuels sont sélectionnés pour être contrôlés par les organismes assureurs dans le cadre d'une procédure contradictoire quant au respect de leurs engagements.

4.3. En adhérant au présent accord, le dentiste s'engage à respecter la réglementation en matière de tiers-payant et déclare reconnaître l'exactitude de ce matériel chiffré jusqu'à preuve du contraire, à fournir par lui.

4.4. Sous réserve des dispositions de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 exécutant l'article 53, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dorénavant appelé «l'arrêté royal» dans le présent article, le praticien de l'art dentaire s'engage à attester au maximum 75 % des prestations qu'il a attestées, visées à l'article 6, alinéa 1^{er}, 3^o à 6^o inclus, de l'arrêté royal, via le régime du tiers payant, et au maximum 5 % des prestations qu'il a attestées, visées à l'article 6, alinéa 1^{er}, 3^o à 6^o inclus, de l'arrêté royal en application de la disposition exceptionnelle visée à l'article 6, alinéa 2, 5^o, de l'arrêté royal. De cette manière, le praticien de l'art dentaire ne peut pas faire de distinction entre les bénéficiaires, ni sur la base de l'organisme assureur auquel ils sont affiliés, ni sur la base du centre d'activité dans lequel les soins ont été dispensés.

Les organismes assureurs rassembleront, selon une méthode fixée par la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM), des données chiffrées sur une éventuelle relation entre le non-respect de l'accord visé à l'alinéa précédent, la non-perception de l'intervention personnelle et le nombre de prestations attestées par le praticien de l'art dentaire. En adhérant à cette convention, le praticien de l'art dentaire déclare accepter l'exactitude de ces données chiffrées jusqu'à ce qu'il apporte la preuve du contraire.

Les organismes assureurs transmettront annuellement ces données de manière anonyme à la CNDM. La CNDM définit, à l'aide de ces données, quels praticiens de l'art dentaire seront contrôlés par une commission ad hoc dans une procédure contradictoire sur le respect de l'accord visé à l'alinéa 1^{er} du présent article. On peut ainsi tenir compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle du praticien de l'art dentaire.

Si la CNDM, sur proposition de la commission ad hoc, constate qu'un praticien de l'art dentaire ne respecte pas cet accord, les organismes assureurs s'engagent à retirer, en exécution de l'article 4^{ter}, § 5, de l'arrêté royal, le régime du tiers payant pour toutes les prestations, sauf celles mentionnées à l'article 4^{ter}, § 8, et à l'article 5 de l'arrêté royal, à dater du premier jour du deuxième mois suivant l'approbation du procès-verbal de la réunion de la CNDM y afférente.

4.5. Le projet d'adaptation de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 comme convenu à la séance de la Commission nationale du 24 janvier 2007, entrera en vigueur au plus tard le 1^{er} octobre 2007";

Cet accord, qui est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2007, a été publié au Moniteur belge le 8 février 2007 et a fait l'objet d'un recours en annulation, introduit par les premier et troisième requérants, enrôlé sous la référence G./A.182.324/VI-16.366.

4. Le 3 décembre 2008, la commission nationale dento-mutualiste s'est réunie pour examiner le projet d'accord dento-mutualiste 2009-2010 et l'avant-projet d'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 10 octobre 1986.

Les membres de la commission nationale dento-mutualiste ont marqué leur accord sur les modifications envisagées.

Lors de cette réunion, l'accord national dento-mutualiste valable pour les années 2009 et 2010, a également été adopté dont le point 8 est rédigé comme suit :

" 8. DU BON USAGE DU TIERS PAYANT.

8.1. Les parties de la CNDM conviennent de maintenir le Groupe paritaire (instauré par l'Accord du 9 décembre 1992) qui sera chargé d'examiner l'utilisation du système du tiers-payant tel qu'elle est décrite ci-dessous. Ce Groupe paritaire évaluera également le système du tiers-payant dans le cadre de l'accessibilité aux prestations, l'impact budgétaire, la simplification administrative et formulera au besoin, des propositions concernant l'adaptation de la réglementation.

8.2. Les organismes assureurs rassemblent, d'une manière établie par la Commission nationale, du matériel chiffré sur l'usage aberrant du tiers-payant tel que défini dans l'arrêté royal du 10 octobre 1986. On peut tenir compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle du dentiste. Les organismes assureurs transmettent annuellement ces données de manière anonymisée à la Commission nationale. La Commission nationale détermine ensuite à partir de quel point les dentistes individuels sont sélectionnés pour être contrôlés par les organismes assureurs dans le cadre d'une procédure contradictoire quant au respect de leurs engagements.

8.3. En adhérant au présent accord, le dentiste s'engage à respecter la réglementation en matière de tiers-payant et déclare reconnaître l'exactitude de ce matériel chiffré jusqu'à preuve du contraire, à fournir par lui.

8.4. Sous réserve des dispositions de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 exécutant l'article 53, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, dorénavant appelé «l'arrêté royal» dans le présent article, le praticien de l'art dentaire s'engage à attester au maximum 75 % des prestations qu'il a attestées, visées à l'article 6, alinéa 1^{er}, 3^o à 6^o inclus, de l'arrêté royal, via le régime du tiers payant, et au maximum 5 % des prestations qu'il a attestées, visées à l'article 6, alinéa 1^{er}, 3^o à 6^o inclus, de l'arrêté royal en application de la disposition exceptionnelle visée à l'article 6, alinéa 2, 5^o, de l'arrêté royal. De cette manière, le praticien de l'art dentaire ne peut pas faire de distinction entre les bénéficiaires, ni sur la base de l'organisme assureur auquel ils sont affiliés, ni sur la base du centre d'activité dans lequel les soins ont été dispensés.

Dans ce but, les organismes assureurs rassembleront, selon une méthode fixée par la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM), des données chiffrées sur le non-respect de l'accord visé à l'alinéa précédent quand le nombre de prestations attestées par le praticien de l'art dentaire dépasse un seuil (notamment le double de la médiane du montant de consommation des prestations ou le double de la médiane, exprimé en cas, des prestations les plus coûteuses (le rapport entre les restaurations de cuspide et de couronne et les obturations sur 1, 2 ou 3 faces de dents définitives). La CNDM définit, à l'aide de ces données, quels praticiens de l'art dentaire seront contrôlés par une commission ad hoc dans une procédure contradictoire sur le non-respect de l'accord visé à l'alinéa précédent. On peut ainsi tenir compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle du praticien de l'art dentaire.

Si la CNDM, sur proposition de la commission ad hoc, constate qu'un praticien de l'art dentaire ne respecte pas ces engagements ET si il apparaît des données visées au deuxième alinéa qu'il dépasse le double de la médiane du montant de consommation des prestations ou le double de la médiane, exprimé en cas, des prestations les plus coûteuses (le rapport entre les restaurations de cuspide et de couronne et les obturations sur 1, 2 ou 3 faces de dents définitives), les organismes assureurs s'engagent à retirer, en exécution de l'article 4bis, § 5, de l'arrêté royal, le

régime du tiers payant pour toutes les prestations, sauf celles mentionnées à l'article 4bis, § 8, et à l'article 5 de l'arrêté royal, à dater du premier jour du deuxième mois suivant l'approbation du procès-verbal de la réunion de la CNDM y afférente.

8.5. La proposition d'adaptation de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 sera publiée au Moniteur belge au plus tard le 1^{er} mars 2009".

Cet accord a été publié au Moniteur belge le 7 janvier 2009. Il est entré en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

Il s'agit de l'acte attaqué.

5. Le 5 décembre 2008, les services de l'INAMI ont établi à l'intention du comité de l'assurance et du conseil général une note relative au contenu de l'accord dento-mutualiste 2009-2010; l'article 8 a été présenté comme suit : "des mesures précises et structurelles en matière de tiers-payant sont prévues, moyennant des adaptations à l'arrêté royal du 10 octobre 1986 précité, introduisant pour le dentiste, à la fois un maximum d'attestations via le système du tiers-payant et un seuil (notamment le double de la moyenne du montant de consommation des prestations ou le double de la moyenne, exprimé en cas, des prestations les plus coûteuses). Les organismes assureurs rassembleront des données chiffrées sur ces paramètres. Il pourra aussi être tenu compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle du dentiste. En cas d'abus caractérisé, les organismes assureurs s'engagent à retirer au dentiste le bénéfice du tiers-payant dans le respect des normes réglementaires (AR101086)".

6. Le 12 décembre 2008, la commission de contrôle budgétaire de l'INAMI a émis un avis positif sur l'accord dento-mutualiste 2009-2010.

7. Le 15 décembre 2008, le comité de l'assurance de l'INAMI, a approuvé l'accord dento-mutualiste, en application de l'article 22, 3^o, de la loi du 14 juillet 1994 précitée.

8. Le 19 décembre 2008, le conseil général de l'INAMI a constaté la compatibilité de l'accord national dento-mutualiste 2009-2010 avec le budget 2009.

9. Le 9 février 2009, le Roi a adopté un arrêté modifiant l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1^{er}, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Cet arrêté, qui a été publié au Moniteur belge le 23 février 2009, est entré en vigueur le 1^{er} mars 2009. Il fait l'objet d'une requête en annulation et d'une demande de suspension, enrôlés sous la référence G./A.191.692/VI-18.144.

A la suite des modifications apportées par cet arrêté à l'arrêté royal du 10 octobre 1986, les dispositions pertinentes pour la présente cause doivent désormais être lues comme suit :

" Art. 1^{er}. On entend par régime du tiers-payant, le mode de paiement par lequel le prestataire de soins, le service ou l'institution reçoit directement, de l'organisme assureur auquel est affilié ou inscrit le bénéficiaire à qui les prestations de santé ont été dispensées, le paiement de l'intervention due dans le cadre de l'assurance-maladie obligatoire.

[...]

Art. 4. Les interventions de l'assurance pour d'autres prestations de santé que celles visées aux articles suivants peuvent faire l'objet d'un régime du tiers-payant selon les modalités telles qu'elles sont fixées dans les accords et conventions visés au titre III, Chapitre V de la loi coordonnée susmentionnée ou, à défaut de tels accords ou conventions, par contrat particulier entre l'organisme assureur et le prestataire de soins.

Art. 4bis. L'application du régime du tiers payant pour le paiement de l'intervention de l'assurance dans les frais des prestations de santé autres que celles visées aux articles 5 et 6, effectuées par des médecins et des praticiens de l'art dentaire peut se faire selon les modalités définies par le présent article.

§ 1^{er}. L'octroi du régime du tiers payant est subordonné dans le chef du prestataire de soins aux conditions suivantes :

1° Au moment de sa demande, le prestataire de soins ne peut avoir notifié un refus d'adhésion au dernier accord prévu au Titre III, Chapitre V de la loi coordonnée susmentionnée. Sans préjudice des dispositions de la phrase précédente, le prestataire qui adhère à un accord dans des conditions de temps et de lieu peut appliquer le régime du tiers payant pour les prestations effectuées dans le cadre de son activité engagée.

Toutefois, le régime du tiers payant peut être appliqué par le prestataire de soins qui a refusé d'adhérer à l'accord pour les prestations fournies dans le cadre d'un service de garde organisé.

2° Le prestataire de soins doit appliquer le régime du tiers payant pour tous les bénéficiaires et pour toutes les prestations pour lesquelles ce régime est autorisé et qui sont effectuées dans le même centre d'activité.

3° Le prestataire de soins ne peut, durant une période de trois ans qui précède sa demande, avoir fait l'objet :

a) d'une décision définitive du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux ou d'une Chambre de recours visée à l'article 155, § 6 de la loi coordonnée précitée, qui l'oblige à payer une amende administrative et/ou à

rembourser la valeur des prestations indues avec application de l'article 146bis de la loi coordonnée susmentionnée;

b) d'une condamnation pénale définitive en matière d'irrégularités à charge de l'assurance maladie-invalidité;

c) d'une décision définitive de suspension du droit d'exercer l'art médical d'au moins quinze jours, prononcée par le Conseil de l'Ordre des Médecins compétent en rapport avec une répartition illicite d'honoraires ou avec la surconsommation.

La période de trois ans prend cours le jour du prononcé de la sanction, condamnation ou décision définitive.

4° Le prestataire de soins ne peut, ni de par sa propre personne, ni par autrui, ni directement, ni indirectement faire de la publicité au sujet de l'application du régime du tiers payant.

§ 2. Sauf si les accords visés au Titre III, Chapitre V de la loi coordonnée susmentionnée prévoient d'autres modalités, le prestataire de soins est tenu de délivrer au bénéficiaire au moment de la consultation ou de l'acte ou, au plus tard au moment où il établit l'attestation de soins à l'intention de l'organisme assureur si l'attestation couvre plusieurs prestations, une quittance ou note d'honoraires mentionnant le montant qui doit être pris en charge par le patient et le montant qui doit être pris en charge par l'organisme assureur.

Cette quittance ou cette note d'honoraires doit mentionner les prestations par référence au numéro de la nomenclature des soins de santé visée à l'article 35 de la loi coordonnée susmentionnée ainsi que la date à laquelle la prestation a été dispensée.

Le Comité de l'assurance du Service de soins de santé peut établir un modèle obligatoire de quittance ou de note d'honoraires.

§ 3. Sauf si les accords visés au Titre III, Chapitre V de la loi coordonnée susmentionnée prévoient d'autres modalités, le prestataire de soins qui souhaite faire application du régime du tiers payant, doit introduire une demande par lettre recommandée adressée à chaque organisme assureur ou à un secrétariat commun indiqué par eux.

L'ensemble des organismes assureurs vérifie si la demande correspond aux conditions du présent arrêté. Ils notifient leurs décisions au prestataire de soins par lettre recommandée à la poste dans les 60 jours suivant la date d'introduction de la demande, le cachet de la poste faisant foi.

Le régime du tiers payant est appliqué au plus tôt le premier jour du deuxième mois qui suit la notification de la décision.

Le prestataire de soin pourra mettre fin à son adhésion, par lettre recommandée à la poste adressée à l'ensemble des organismes assureurs, moyennant le respect d'un délai de préavis de trois mois, qui produit ses effets le premier jour du mois qui suit celui de l'envoi.

§ 4. L'octroi du régime du tiers payant prend fin suite à la décision motivée des organismes assureurs :

1° si le prestataire de soins notifie un refus d'adhésion au dernier accord visé au Titre III, Chapitre 4, de la loi du 9 août 1963 précitée. A défaut de l'entrée en vigueur d'un

accord conclu entre les organisations professionnelles représentatives du corps médical ou des praticiens de l'art dentaire d'une part, et les organismes assureurs d'autre part, ou du document visé à l'article 51, § 1^{er}, alinéa 6, 2^o de la loi coordonnée susmentionnée, les contrats en vigueur concernant le régime du tiers payant restent d'application, sauf renonciation collective par l'ensemble des organismes assureurs.

2^o si le dispensateur de soins fait l'objet d'une décision définitive ou d'une sanction, telle qu'énumérée au § 1^{er}, 3^o, a), b) ou c).

Les organismes assureurs notifient leurs décisions au prestataire de soins par lettre recommandée à la poste.

Le prestataire de soins peut réintroduire sa demande dès qu'il satisfait à nouveau aux conditions du § 1^{er}.

§ 5. Le bénéfice du tiers payant peut en outre être retiré pour une période de maximum six mois quand il s'agit d'une première infraction, ou en cas de récidive dans les deux ans suivant la fin de la période du retrait, pour une nouvelle période de maximum trois ans si le retrait précédent portait sur une période de six mois, lorsque :

1^o le prestataire de soins a enfreint les dispositions d'un accord tel que visé par le § 1^{er}, 1^o;

2^o le prestataire de soins n'a pas respecté les dispositions du § 1^{er}, 2^o et 4^o, et du § 2 ou du § 9, deuxième alinéa.

Les organismes assureurs avertissent le prestataire de soins concerné de leur intention de retirer le tiers payant par lettre recommandée à la poste.

Le prestataire de soins dispose de quinze jours à dater de l'envoi de cette lettre pour faire connaître ses observations aux organismes assureurs. Dans les deux mois de l'expiration de ce délai, les organismes assureurs notifient leur décision motivée au prestataire de soins par lettre recommandée à la poste, en précisant la durée de la mesure.

§ 6. Les décisions visées aux §§ 3, 4 et 5 sont prises de manière collégiale. Elles requièrent l'assentiment d'au moins les deux tiers des organismes assureurs. Elles sont notifiées au prestataire de soins par lettre recommandée à la poste.

§ 7. Les décisions concernant l'octroi du régime du tiers payant prises en vertu des dispositions du § 1^{er}, et les décisions concernant le retrait du régime du tiers payant, prises en vertu des dispositions des § 4 ou 5 du présent article, deviennent, sans préjudice du § 3, alinéa 3, effectives le premier jour du deuxième mois, qui suit celui de l'envoi de la lettre recommandée notifiant la décision. Ces décisions sont susceptibles de recours auprès du tribunal du travail dans le mois de leur notification.

§ 8. Par dérogation aux dispositions des §§ 1^{er} à 7, le dispensateur de soins peut toujours appliquer le tiers payant pour les bénéficiaires se trouvant dans une des situations, reprises à l'article 6, alinéa 2, sans préjudice de ce qui est déterminée au 5^o, alinéa 3, ainsi que pour les prestations fournies dans le cadre d'un service de garde de médecine générale, organisé conformément à la section II du chapitre II de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.

§ 9. Par dérogation aux dispositions des §§ 1^{er} à 7, chaque bénéficiaire jusqu'au 15^e anniversaire peut demander l'application du système du tiers payant pour les prestations de santé mentionnées à l'article 5, § 1^{er}, 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.

Lorsque le praticien de l'art dentaire accepte l'application du système du tiers payant, il est tenu de respecter les tarifs repris au dernier accord prévu au titre III, chapitre V, section II de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Art. 5. Sous réserve de la disposition de l'article 6, l'application du régime du tiers-payant est obligatoire pour le paiement de :

- l'intervention de l'assurance dans le prix de la journée d'entretien et les prestations y assimilées;
- l'intervention de l'assurance dans le coût de toutes les prestations de santé dispensées pendant une hospitalisation.
- l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de biologie clinique dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés et qui sont visées aux articles 3, § 1^{er}, A, II et C, I, 18, § 2, B, e, et 24 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, et à l'article 2, § 2, de l'arrêté royal du 24 septembre 1992 fixant des modalités relatives aux honoraires forfaitaires pour certaines prestations de biologie clinique, dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés ainsi qu'à la sous-traitance de ces prestations, lorsque ces prestations sont effectuées dans des laboratoires de biologie clinique pour lesquels les organismes assureurs retiennent en garantie les montants des interventions de l'assurance soins de santé conformément à l'arrêté royal du 17 février 1995 déterminant les conditions et les modalités particulières conformément auxquelles les organismes assureurs sont autorisés, en application de l'article 61 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, à retenir en garantie des montants des interventions de l'assurance soins de santé dus pour des prestations dispensées dans les laboratoires de biologie clinique débiteurs auprès de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité.
- l'intervention de l'assurance dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les n^{os} 450192 et 450214 dans le cadre du dépistage organisé du cancer du sein par mammographie, visé à l'article 17, § 1^{er}, 1^o bis de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984.

Art. 6. L'application du régime du tiers-payant est interdite pour le paiement de l'intervention de l'assurance :

1^o dans le coût de toutes les prestations de santé visées au chapitre II de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire contre la maladie et l'invalidité;

2^o dans les frais de déplacement fixés conformément à l'article 50 de la loi coordonnée susmentionnée;

3^o dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les n^{os} 0401-301011 et 0404-301033 à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984;

4^o dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les numéros de code repris sous la rubrique «TRAITEMENTS PREVENTIFS» figurant à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984;

5° dans le coût des prestations de santé dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, mentionnées sous l'intitulé «Radiographies» à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;

6° dans le coût des prestations de santé dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, mentionnées sous l'intitulé «Soins conservateurs» à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, sauf si ces prestations sont dispensées à des bénéficiaires de moins de 18 ans.

Les dispositions de l'alinéa 1^{er} ne sont cependant pas d'application lorsque ces prestations de santé ont été dispensées :

1° dans le cadre d'un accord visé à l'article 52 de la loi coordonnée susmentionnée;

2° dans des centres de santé mentale, dans des centres de planning familial et d'information sexuelle et dans des centres d'accueil pour toxicomanes;

3° dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés;

4° à des bénéficiaires qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux;

5° à des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse;

Pour les prestations de l'article 5 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984, cela se passe à la demande du patient, étayée d'une déclaration sur l'honneur rédigée et signée de la main du patient, faisant état de ce qu'il se trouve dans une situation où la réglementation permet l'application du régime du tiers-payant. Cette déclaration est jointe à l'attestation de soins.

La dispensation de prestations de santé via le régime du tiers-payant aux bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse, est néanmoins impossible pour les prestations dispensées par des praticiens de l'art dentaire auxquels le régime du tiers-payant est retiré en application de l'article 4bis, § 5, 1^o, et ceci pour la durée de ce retrait.

6° aux bénéficiaires de l'intervention majorée, au sens de l'article 37, §§ 1^{er} et 19 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 ainsi qu'aux titulaires, au sens de l'article 32, alinéa 1^{er}, 13^o et 15^o de la même loi et leurs personnes à charge, s'ils bénéficient de l'intervention majorée;

7° à des titulaires et aux personnes à leur charge qui sont dispensés de l'obligation de cotisation conformément à l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, parce que les revenus annuels bruts imposables de leur ménage ne sont pas supérieurs au montant visé à l'article 14, § 1^{er}, 4^o de la loi du 26 mai 2002 relative à l'intégration sociale.

8° à des bénéficiaires qui sont pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en chômage contrôlé, qui ont depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage, et qui au sens de cette dernière réglementation ont la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, ainsi que les personnes qui sont à leur charge;

9° à des bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées conformément à l'article 47 des lois coordonnées relatives aux allocations familiales pour travailleurs salariés ou conformément à l'article 20 de l'arrêté royal du 8 avril 1976 établissant le régime des prestations familiales en faveur des travailleurs indépendants et les personnes qui sont à leur charge.

L'application du régime du tiers payant n'est pas non plus interdite lorsque le bénéficiaire demande expressément l'application de ce régime pour les prestations

prévues sous les numéros 102771 et 102852 à l'article 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité. Tout bénéficiaire peut demander l'application du système du tiers payant pour les prestations précitées et lorsque le bénéficiaire en fait la demande, le médecin ne peut refuser cette application.

L'application du régime du tiers payant n'est pas non plus interdite lorsque les prestations sont fournies dans le cadre d'un service de garde de médecine générale, organisé conformément à la section II du chapitre II de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes.

Les modalités suivant lesquelles exception à l'interdiction de l'application du tiers-payant peut être accordée, sont promulguées par le Comité de l'assurance du service des soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité".

10. Le régime prévu par l'arrêté royal du 10 octobre 1986, tel que modifié par l'arrêté du 9 février 2009 précité, apparaît donc comme le suivant :

- l'article 5 prévoit qu'il est obligatoire de recourir au régime du tiers payant pour les prestations qu'il vise;
- l'article 6, alinéa 1^{er}, prévoit qu'il est interdit de recourir à ce régime pour les six prestations qu'il vise, celles mentionnées aux points 3^o à 6^o étant couramment exécutées par les dentistes;
- l'article 6, alinéas 2 à 4, prévoit que, par exception à cette interdiction, il est permis de recourir à ce régime pour certains types de prestations;
- l'article 6, alinéa 2, 5^o, prévoit que, lorsqu'il s'agit d'effectuer ces prestations pour "des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse", deux règles supplémentaires s'appliquent aux praticiens de l'art dentaire :
 - il doit y avoir une demande du patient, étayée d'une déclaration manuscrite selon laquelle il se trouve dans une situation où la réglementation permet l'application du régime du tiers payant;
 - le dentiste ne peut s'être vu retiré le bénéfice du régime du tiers payant pour le motif qu'il a enfreint les dispositions d'un accord dento-mutualiste;
- l'article 4bis prévoit que, pour les prestations non visées par les articles 5 et 6, le recours au régime du tiers payant est autorisé, moyennant le respect de certaines conditions;

- l'avis L 21.593 du 4 juin 1992, rendu sur le projet d'arrêté royal insérant cette disposition présentait sa structure comme suit :

" L'article [4]bis en projet règle les conditions auxquelles le prestataire de soins doit satisfaire pour être susceptible de l'application du régime du tiers payant (§ 1^{er}), l'obligation qui est faite au prestataire de soins de délivrer une quittance ou une facture au bénéficiaire (§ 2), la procédure de demande (§ 3), la cessation de plein droit (§ 4) ou après une décision de retrait (§ 5) de l'application du régime du tiers payant, les modalités selon lesquelles sont prises et notifiées les décisions relatives à l'octroi, à la cessation et au retrait du bénéfice du régime du tiers payant (§ 6), la date à laquelle ces décisions produisent leurs effets ainsi que la possibilité de recours (§ 7)";

- le paragraphe 8 de l'article 4bis, inséré par un arrêté royal du 8 avril 2003 et complété par un arrêté royal du 27 avril 2007, prévoit que, par dérogation aux dispositions des §§ 1^{er} à 7, il est possible d'appliquer le régime du tiers payant, d'une part, pour les prestations fournies dans le cadre d'un service de garde de médecine générale et, d'autre part, aux bénéficiaires se trouvant dans une des situations visées à l'article 6, alinéa 2; l'arrêté royal du 9 février 2009, entré en vigueur le 1^{er} mars 2009, prévoit néanmoins, pour ce qui concerne la dispensation de soins à des personnes dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse, que le dentiste à qui le droit de recourir au régime du tiers payant a été retiré pour cause d'infraction aux dispositions d'un accord dento-mutualiste, ne peut faire application du régime particulier mis en place par le paragraphe 8;

- le paragraphe 9 du même article, inséré par un arrêté royal du 6 décembre 2005 et modifié par un arrêté royal du 26 mai 2008, prévoit que, par dérogations aux dispositions des §§ 1^{er} et 7, les bénéficiaires de prestations de dentisterie âgés de moins de 15 ans peuvent demander l'application du régime du tiers payant.

Le régime prévu par l'article 8 de l'accord dento-mutualiste est le suivant :

- l'article 8.1 prévoit qu'un groupe paritaire est chargé d'examiner l'utilisation du système du tiers payant mis en oeuvre dans l'accord;

- l'article 8.2 et 8.3 traite de "l'usage aberrant du tiers payant" en prévoyant que :

- les organismes assureurs collectent des données sur "l'usage aberrant du tiers payant", étant entendu qu'il convient de tenir compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle des dentistes (article 8.2, 1^{ère} et 2^{ème} phrases);

- la commission nationale décide à partir de quel stade la pratique individuelle d'un praticien requiert qu'elle soit contrôlée (article 8.2, 3^{ème} et 4^{ème} phrases);
- le praticien adhérant à l'accord s'engage à le respecter et à tenir les informations chiffrées visées ci-dessus pour exactes, sauf preuve contraire à fournir par lui (article 8.3);
- l'article 8.4 établit le régime suivant, destiné à restreindre le recours au régime du tiers payant par les praticiens de l'art dentaire :
 - l'accord dento-mutualiste ne déroge pas aux dispositions de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 (alinéa 1^{er}, liminaire);
 - pour quatre types de prestations spécifiques - celles visées à l'article 6, alinéa 1^{er}, 3^o à 6^o, de l'arrêté royal - le praticien ne peut recourir au régime du tiers payant que pour 75 % de ses prestations (alinéa 1^{er}, 1^{ère} phrase);
 - au nombre de ces 75 % de prestations, le praticien ne peut invoquer la situation financière individuelle occasionnelle de détresse qu'à concurrence de 5 % des prestations attestées (alinéa 1^{er}, 1^{ère} phrase);
 - les organismes assureurs rassemblent des données chiffrées sur le non-respect de l'accord visé à l'alinéa précédent quand le nombre de prestations attestées par le praticien de l'art dentaire dépasse un certain seuil (alinéa 2, 1^{ère} phrase);
 - dans le cadre du contrôle du respect de cette obligation, il doit être tenu compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle du praticien considéré (alinéa 2, 3^{ème} phrase);
 - s'il apparaît qu'un praticien ne respecte pas ces engagements et si il apparaît des données qu'il dépasse le double de la médiane du montant de consommation des prestations ou le double de la médiane, exprimé en cas, des prestations les plus coûteuses, les organismes assureurs s'engagent à lui retirer le bénéfice du régime du tiers payant pour toutes les prestations, sauf celles visées à l'article 4bis, § 8 (possibilité de recourir au régime du tiers payant, pour les prestations non visées à l'article 6, alinéa 1^{er}, dans les cas visés à l'article 6, alinéa 2), et à l'article 5 (hypothèses dans lesquelles le recours au régime du tiers payant est obligatoire) de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 (alinéa 3);

- enfin, l'article 8.5 prévoit qu'un arrêté royal permettant l'application de ce régime devra être adopté et publié avant le 1^{er} mars 2009;

Considérant, quant à la désignation des parties adverses, qu'aux termes des articles 22, 3^o, 26, 50 et 51 de la loi du 14 juillet 1994, l'accord est adopté par la commission nationale dento-mutualiste et est soumis à l'approbation du comité de l'assurance de l'INAMI, le Ministre des Affaires sociales disposant de la faculté de s'y opposer; que l'acte attaqué a été adopté par deux organes de l'INAMI, troisième partie adverse; que la commission nationale dento-mutualiste, deuxième partie adverse doit être mise hors de cause; qu'il en est de même de l'Etat belge représenté par le ministre des Affaires sociales, lequel s'est abstenu de s'opposer à l'accord, dont il n'est pas davantage l'auteur;

Considérant que selon l'article 17, § 1^{er}, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, le Conseil d'Etat ne peut ordonner la suspension de l'exécution d'un acte administratif qu'à la condition que l'acte soit susceptible d'être annulé en vertu de l'article 14, §§ 1^{er} et 3, desdites lois;

Considérant, quant à l'intérêt des requérants, que, prima facie, l'acte attaqué est un accord négocié et conclu au sein de la commission nationale dento-mutualiste instituée auprès du service des soins de santé de l'INAMI, entre des représentants des organismes assureurs et des représentants des organisations représentatives de praticiens de l'art dentaire; que cet accord impose des obligations spécifiques à ces praticiens, notamment, celle de ne recourir au régime du tiers payant, pour les prestations visées à l'article 6, alinéa 1^{er}, 3^o à 6^o, de l'arrêté royal du 10 octobre 1986 qu'à l'égard de 75 % de leurs prestations, dont seules 5 % peuvent l'être au bénéfice de ceux se trouvant dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse; que la circonstance que l'acte attaqué permet à tous les praticiens de l'art dentaire qui y ont adhéré de bénéficier d'un certain nombre d'avantages ne suffit pas à rendre illégitime l'intérêt des requérants à en poursuivre la suspension de l'exécution;

Considérant que le premier requérant est dentiste; qu'il fait valoir qu'il exerce son activité auprès d'une population socialement marginalisée, que, prima facie, dans la mesure où il n'a pas refusé d'y adhérer, le mécanisme mis en oeuvre par l'acte attaqué lui est applicable et il a intérêt à le critiquer;

Considérant que la deuxième requérante

- " a pour but de :
- créer, développer, diffuser, promouvoir, organiser, rechercher et soutenir tout ce qui est susceptible d'améliorer l'état et le développement des soins dentaires de la population;
 - regrouper les dentistes sociaux en un organisme de défense professionnelle, d'étudier, de promouvoir et de réaliser tout ce qui peut leur être utile, d'assurer au besoin, si le conseil d'administration l'y autorise, la défense de ses membres devant toute instance judiciaire, administrative ou autre;
 - faire toutes opérations ou entreprendre toutes actions qui auraient directement ou non rapport à son but ou qui pourraient en faciliter la réalisation, notamment la promotion d'un système de tiers-payant;
 - accomplir tous actes à caractère mobilier ou immobilier destinés à permettre ou à favoriser la réalisation de son but, y compris des activités commerciales et lucratives, dans les limites légales d'une ASBL, et dont les bénéfices seront destinés entièrement à la réalisation de l'objectif social";

que l'acte attaqué, qui a pour objet de limiter le recours au régime du tiers payant à l'égard d'un certain nombre de bénéficiaires, est, prima facie, de nature à porter atteinte à l'objet social ainsi énoncé;

Considérant que la troisième requérante, dont le gérant est le premier requérant, a pour objet social l'accomplissement de :

- " toutes opérations généralement quelconques industrielles, commerciales, financières, mobilières ou immobilières se rapportant directement ou indirectement à l'exploitation d'un cabinet dentaire et notamment la délivrance de soins dentaires, placement de prothèses, radiographies, orthodontie, petite chirurgie, consultation, parodontologie et en général toutes les activités se rapportant directement ou indirectement à l'exploitation d'un cabinet dentaire";

que, prima facie, elle reste en défaut d'indiquer en quoi elle a un intérêt suffisamment personnalisé au présent recours;

Considérant que les requérants critiquent essentiellement l'article 8.4 de l'accord national dento-mutualiste; que cependant, prima facie, l'article 8 de l'accord paraît constituer un ensemble indissociable de l'accord lui-même; qu'il y a lieu d'admettre que le recours porte sur l'ensemble de l'accord dento-mutualiste 2009-2010;

Considérant qu'aux termes mêmes du point 8.4 critiqué, une sanction peut intervenir si un dépassement injustifiable des quotas qu'il fixe doit être constaté; que, toutefois, il doit être tenu compte des caractéristiques sociales mesurables de la patientèle du praticien considéré; qu'ainsi, prima facie, le praticien qui établit que les caractéristiques sociales mesurables de sa patientèle justifient qu'il soit recouru au régime du tiers payant dans un nombre de cas plus important que ce que prévoit ledit accord ne peut être sanctionné; que, dès lors, l'acte attaqué ne paraît pas avoir les effets que les requérants lui donnent, à savoir d'interdire le recours au régime du tiers payant

pour des personnes qui se trouveraient en situation de détresse; que les requérants n'ont pas intérêt à en demander la suspension de l'exécution;

Considérant que, sans qu'il soit nécessaire d'examiner, dans le cadre de la présente procédure en référé, le déclinatoire de compétence opposé par la partie adverse dans sa note d'observations ainsi qu'à l'audience, la requête ne peut être accueillie,

D E C I D E :

Article 1^{er}.

L'Etat belge, représenté par le Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, ainsi que la commission nationale dento-mutualiste, sont mis hors de cause.

Article 2.

La demande de suspension est rejetée.

Article 3.

Les dépens sont réservés.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le seize juin deux mille neuf par :

M. LEWALLE,	Conseiller d'Etat, Président f.f.,
M ^{me} LAUVAU,	Greffier.

Le Greffier,

Le Président f.f.,

K. LAUVAU.

P. LEWALLE.