

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.
VI^e CHAMBRE

A R R Ê T

n° 238.205 du 16 mai 2017

A.215.292 /VI-20.384

En cause : **1. MAJON Michel,**
 2. la société privée à responsabilité limitée
 CENTRE DENTAIRE MEISER,

ayant élu domicile chez
M^e Augustin DAOUT, avocat,
rue de Stassart 99
1050 Bruxelles,

contre :

l'Etat belge, représenté par
le Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales,

ayant élu domicile chez
M^{es} Pierre SLEGGERS et
Sarah BEN MESSAOUD, avocats,
place Flagey 18
1050 Bruxelles.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 13 mars 2015, Michel MAJON et la société privée à responsabilité limitée CENTRE DENTAIRE MEISER sollicitent l'annulation de "l'arrêté royal du 2 octobre 2014 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'article 6 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités".

II. Procédure

Un avis, prescrit par l'article 3quater de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État a été publié au Moniteur belge du 2 avril 2015.

Le dossier administratif a été déposé.

Les mémoires en réponse et en réplique ont été régulièrement échangés.

M. Eric THIBAUT, premier auditeur–chef de section au Conseil d'État, a rédigé un rapport sur la base de l'article 12 de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 précité.

Le rapport a été notifié aux parties.

Les parties ont, chacune, déposé un dernier mémoire.

Par une ordonnance du 23 janvier 2017, l'affaire a été fixée à l'audience du 22 février 2017.

Les droits visés à l'article 70 de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État ont été acquittés.

M. David DE ROY, conseiller d'État, a exposé son rapport.

M^e Mathieu DEKLEERMAKER, *loco* M^e Augustin DAOUT, avocat, comparaissant pour la partie requérante, et M^e Pierre SLEGGERS, avocat, comparaissant pour la partie adverse, ont été entendus en leurs observations.

M. Eric THIBAUT, premier auditeur - chef de section, a été entendu en son avis.

Il est fait application des dispositions relatives à l'emploi des langues, inscrites au titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. Faits

1. Lors de sa séance du 26 février 2013, la Commission nationale dento–mutualiste indique au Conseil technique dentaire qu'il convient de prendre les mesures nécessaires pour éviter l'utilisation abusive de la nomenclature par "certains" via une attestation en dehors d'une urgence. Il est demandé "une adaptation du cadre

réglementaire afin d'éviter une telle fraude dans des pratiques ayant des heures d'ouverture comme un nightshop".

2. Le 27 février 2014, le Conseil technique dentaire formule des propositions qui donneront lieu au texte de l'arrêté attaqué.

3. Le 12 mars 2014, la Commission nationale dento-mutualiste approuve la proposition et décide de la transmettre au Comité de l'assurance.

4. Le 23 avril 2014, la Commission de contrôle budgétaire émet un avis positif quant au dossier.

5. Le 28 avril 2014, le Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité décide de transmettre un avis positif sur le projet d'arrêté royal à la Ministre des Affaires sociales.

6. Le 25 juin 2014, l'Inspecteur des Finances émet aussi un avis positif sur le projet d'arrêté royal.

7. Le 17 juillet 2014, le Ministre du Budget marque son accord au projet.

8. Le 13 août 2014, la section de législation du Conseil d'État est saisie d'une demande d'avis, sur la base de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, portant sur le projet d'arrêté appelé à devenir l'arrêté royal attaqué. L'avis n° 56.629/2 sur ce projet est donné par la section de législation du Conseil d'État le 8 septembre 2014.

9. L'arrêté royal attaqué est adopté le 2 octobre 2014, publié au Moniteur belge du 12 janvier 2015 et entre en vigueur le 1^{er} mars 2015.

Il se présente comme suit:

" Arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, l'article 6 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités

PHILIPPE, Roi des Belges,

A tous, présents et à venir, Salut.

Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 35, § 1^{er}, modifié par les lois du 22 février 1998, 24 décembre 1999, 10 août 2001, 22 août 2002, 5 août 2003, 22 décembre 2003,

27 avril 2005, 13 décembre 2006, 27 décembre 2012, 19 mars 2013 et 26 décembre 2013 et § 2, modifié par la loi du 20 décembre 1995, par l'arrêté royal du 25 avril 1997 confirmé par la loi du 12 décembre 1997, et par la loi du 10 août 2001;

Vu l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités;

Vu les propositions du Conseil technique dentaire formulées au cours de sa réunion du 27 février 2014;

Vu l'avis du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité donné le 27 février 2014;

Vu la décision de la Commission nationale dento-mutualiste en date du 12 mars 2014;

Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire donné le 23 avril 2014;

Vu la décision du Comité de l'assurance soins de santé de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité en date du 28 avril 2014;

Vu l'avis de l'Inspecteur des finances, donné le 25 juin 2014;

Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 17 juillet 2014;

Vu l'avis 56.629/2 du Conseil d'Etat, donné le 8 septembre 2014, en application de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales,

Nous avons arrêté et arrêtons :

Article 1^{er}. Dans l'article 6, § 2^{ter}, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 30 août 2013, les modifications suivantes sont apportées :

1^o l'alinéa 5 est abrogé;

2^o il est inséré un alinéa 9, devenant l'alinéa 8, rédigé comme suit :

«Sauf dans le cadre d'un service de garde organisé tel que visé à l'alinéa 3, les suppléments prévus sous les numéros de code 301055–301066, 301070–301081, 371055–371066 et 371070–371081 ainsi que les suppléments pour prestations techniques visés à l'article 5, § 4 de la nomenclature ne peuvent être portés en compte à l'assurance lorsque l'offre de soins telle que rendue publique est organisée en sorte de couvrir les plages horaires définies aux alinéas 1 et 2 de ce paragraphe.»

Art. 2. Le présent arrêté entre en vigueur le premier jour du deuxième mois qui suit celui de sa publication au Moniteur belge.

Art. 3. Le ministre qui a les Affaires sociales dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté.

Donné à Bruxelles, le 2 octobre 2014.

PHILIPPE

Par le Roi :

‡BGFRLACFJ-BCJFEIV‡

La Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique,
chargée de Beliris et des Institutions culturelles fédérales,

M^{me} L. ONKELINX".

IV. Premier moyen

IV.1. Thèses des parties

A. Requête

Les requérants soulèvent un premier moyen, "pris de la violation du principe de la motivation interne et matérielle des actes administratifs, du défaut de motivation adéquate, de la violation du principe de proportionnalité, de l'erreur manifeste d'appréciation et de l'excès de pouvoir", "[e]n ce que l'arrêté litigieux n'est pas, aux yeux des requérants, fondé sur des motifs admissibles en droit, ou à tout le moins, ne permettant pas de justifier raisonnablement l'adoption de l'acte attaqué", "[a]lors que tout acte administratif, qu'il soit individuel ou réglementaire, doit être fondé sur des motifs matériellement exacts, pertinents et admissibles tant en fait qu'en droit et que ces motifs sont de nature à justifier légalement cet acte".

Ils le développent dans les termes suivants:

" Attendu qu'en l'absence de Rapport au Roi publié au Moniteur Belge, les requérants n'aperçoivent pas sur quels motifs la partie adverse s'est fondée pour justifier l'arrêté attaqué.

Les requérantes n'identifient pas les justifications permettant à la partie adverse d'empêcher les dentistes qui effectuent des consultations ou des prestations urgentes après 21 heures, le week-end ou les jours fériés, de pouvoir demander un supplément d'honoraires à l'assurance, et ce uniquement en raison de «l'organisation de l'offre de soin» au sein du Centre dentaire Meiser» et du fait que cette offre soit portée à la connaissance du public.

Les requérants s'interrogent sur le fait de savoir si l'acte attaqué ne constituerait pas, en réalité, une forme de sanction suite à certains abus.

La lettre d'information de la société de médecine dentaire a effet diffusé l'information de la manière suivante :

«Des abus manifestes ont été mis en évidence par l'INAMI au niveau de certains cabinets qui portent en compte des suppléments d'urgence alors que ces cabinets ont des horaires d'ouverture élargis, à la manière ...de magasins de nuit.

C'est bien évidemment une utilisation dévoyée de ces suppléments. A partir du 1^{er} mars, ces pratiques seront mieux cadrées, suite à l'entrée en vigueur d'un Arrêté royal paru au Moniteur.

Dans le cadre des urgences, on peut distinguer 3 types de codes :

A. Le code 30 357 5 : celui-ci n'est utilisable que par les praticiens de garde désignés dans le cadre d'un service de garde «officiel», c'est-à-dire répondant aux prescrits de l'AR n° 78.

B. Les codes 3X 105 5 et 3X 107 0 = suppléments d'urgence pour les codes de consultations. En effet, les suppléments d'urgence pour prestations techniques –comme leur nom l'indique– ne s'appliquent qu'aux prestations techniques, et non aux codes de consultations.

C. Les codes 38 XXX X : codes de suppléments pour prestation technique urgente. Vous le savez, une modification est intervenue à cet égard le 1^{er} novembre 2013, ces suppléments ayant migré de la nomenclature médicale à la nomenclature dentaire.

Vous pouvez relire à ce propos nos explications : www.dentiste.be/DisplayPage.aspx?pid=330

ATTENTION : seuls les suppléments B et C vous sont accessibles dans votre pratique quotidienne si vous recevez un patient en dehors de vos heures normales de consultation, le soir entre 21H et 8 H du matin, ou le WE».

Bien évidemment, il conviendrait tout d'abord, suite à la production du dossier administratif de vérifier si l'acte attaqué se fonde réellement sur un motif visant à combattre des abus constatés.

Ensuite, il conviendrait d'identifier dans le dossier administratif des motifs permettant de démontrer le respect du principe de proportionnalité entre le but visé et les moyens adoptés.

Pour rappel, l'arrêté attaqué comporte une interdiction absolue de recourir au code d'urgence «lorsque l'offre de soins telle que rendue publique est organisée en sorte de couvrir les plages» horaires de 21h à 8h du matin.

Les requérants identifient dans cette modification réglementaire deux conditions cumulatives devant être réunies afin que l'interdiction de recourir au code d'urgence puisse s'appliquer.

Il convient tout d'abord que l'offre de soin «soit organisée» pour couvrir les plages horaires de 21h à 7 h du matin et ensuite, il convient que cette offre de soins soit «rendue publique» par le(s) prestataire(s) de soins.

Une toute autre interprétation, qu'il conviendra de confronter au dossier administratif, aurait pour effet de créer une présomption de fraude dans le chef des prestataires de soins dentaires comme les requérants et aurait un effet disproportionné.

Le moyen doit être déclaré fondé".

B. Mémoire en réponse

La partie adverse répond que les actes réglementaires doivent reposer sur des motifs admissibles qui ne doivent pas être repris formellement dans l'acte réglementaire, que tel est le cas en l'espèce, que les motifs qui ont conduit à l'adoption de l'arrêté attaqué sont exprimés dans les différentes notes et avis ayant précédé l'adoption de l'acte. Elle poursuit en faisant valoir que ces motifs sont notamment développés dans la note au Comité de l'assurance, que la limitation du droit de porter en compte les urgences dentaires est issue d'une procédure de concertation entre les

‡BGFRLACFJ-BCJFEIV‡

représentants du monde dentaire et ceux des organismes assureurs, que lorsqu'il est saisi d'une requête en annulation ou en suspension, le Conseil d'État est juge de la légalité et non de l'opportunité de la décision attaquée, qu'il lui appartient toutefois de vérifier si, dans l'exercice de son pouvoir discrétionnaire, l'autorité administrative n'a pas commis d'erreur manifeste d'appréciation. En l'espèce, le dossier administratif révèle que la différence de traitement attaquée se fonde sur des justifications objectives, que son opportunité en a été discutée au sein de divers organes d'avis, que les discussions au sein de la Commission nationale dento-mutualiste évoquent des raisons budgétaires mais également la nécessité de limiter la prise en charge par l'assurance obligatoire des seuls honoraires supplémentaires pour les soins réellement prestés dans une situation d'urgence, que la commission nationale dento-mutualiste, qui est à l'origine de la proposition de modification, est composée de représentants de la profession et de représentants des patients, que ces professionnels ont estimé, en formulant leur accord, que celui-ci répondait à la réalité médicale, compte tenu des exigences financières du système de sécurité sociale, qu'une telle appréciation faite par les représentants des professionnels de la santé et des organismes assureurs ne peut, dans ces circonstances, être qualifiée de manifestement déraisonnable. La partie adverse indique que la mesure repose sur des motifs pertinents et légalement admissibles, qu'il s'agit, en effet, de limiter l'intervention de l'assurance obligatoire pour les honoraires supplémentaires couvrant les prestations d'urgence aux prestations qui sont effectivement effectuées dans des conditions d'urgence tel que décrites par la législature et le Roi, qu'il appartient au pouvoir politique d'élaborer une politique de soins de santé et d'établir les conditions de sa politique de sécurité sociale, que dès 1965, le législateur a posé le principe que "les tarifs découlant de la nomenclature constituent pour tous les praticiens de l'art de guérir, le maximum des honoraires pouvant être exigés pour les prestations fournies dans le cadre d'un service de garde organisé", que le législateur adoptait cette politique en vue de garantir un accès aux soins pour tous et en tout temps, que dans cette optique, d'une part, le législateur fixe une tarification maximale pour les soins prestés pendant la garde et, d'autre part, envisage la garde sous un service organisé, que le législateur impose cette obligation de service public aux prestataires de soins de santé, que dans cette logique, un honoraire supplémentaire est prévu dans la nomenclature en vue de couvrir l'effort complémentaire qui est fait par le prestataire, tout en le fixant à un montant et des conditions strictes, que l'honoraire supplémentaire ayant pour objet de couvrir l'effort supplémentaire fait par le prestataire pour assurer des prestations urgentes en plus de son activité habituelle, il n'est pas déraisonnable de l'exclure pour des dentistes qui prestent de manière habituelle les nuits, les weekends et les jours fériés, que dans la mesure où il s'agit d'interventions qui prennent place dans leur activité habituelle, elles ne nécessitent pas de mettre en œuvre des moyens particuliers complémentaires

pour organiser une disponibilité en urgence, qu'au regard de l'objet et de l'objectif de l'intervention de l'assurance obligatoire pour l'honoraire supplémentaire, l'autorité n'a pas commis d'erreur d'appréciation en excluant son application aux prestations effectuées par des praticiens au sein d'un établissement qui s'est organisé en dehors du système de garde pour assurer des prestations dentaires également pendant la nuit, les weekends et les jours fériés. Enfin la partie adverse relève que le principe de proportionnalité est également respecté dès lors que la mesure ne concerne que l'honoraire supplémentaire relatif à l'urgence de l'intervention, qu'en d'autres termes, les prestations qui ne répondent pas aux conditions de l'urgence telle que visée par l'arrêté attaqué restent remboursables par l'assurance obligatoire et que ce n'est que l'honoraire supplémentaire relatif à l'urgence qui ne sera pas pris en charge par l'assurance obligatoire lorsque la prestation est assurée dans un établissement qui est habituellement ouvert les nuits, les weekends et les jours fériés.

C. Mémoire en réplique

Les requérants répliquent que la partie adverse produit le dossier administratif, lequel comprend comme unique source de motivation de l'acte attaqué l'extrait du procès-verbal de la réunion de la commission nationale dento-mutualiste tenue le 26 février 2013 (lequel procès-verbal constitue la pièce 2 du dossier administratif), qu'il résulte de ce document qu'une note a été présentée à ladite commission, que cette note n'est cependant pas produite à l'appui du dossier administratif, que la partie adverse expose clairement dans son mémoire en réponse que "les motifs qui ont conduit à l'adoption de l'arrêté attaqué sont exprimés dans les différentes notes et avis ayant précédé l'adoption de l'acte attaqué", que force est de constater que la partie adverse fonde cette considération uniquement sur la base de la pièce 2 du dossier administratif, laquelle fait référence à une note non produite, que cette même pièce 2 fait état de décisions ou notes du Conseil technique, lesquelles ne sont pas produites également, qu'à l'examen de ce document, il semble que les motifs de l'acte attaqué reposent d'une part, sur la volonté d'opérer un transfert des suppléments d'honoraires et d'autre part, sur l'exécution d'une décision du Conseil technique visant à lutter contre l'utilisation abusive de la nomenclature par certains via une attestation en dehors d'une urgence, que la seule pièce 2 du dossier administratif ne permet pas de considérer que l'acte attaqué repose sur une motivation interne admissible et qu'en effet, d'abord rien ne permet de véritablement comprendre les objectifs poursuivis par ce transfert des suppléments d'honoraires et ensuite, il convient de constater que la problématique des abus n'est nullement étayée par le moindre document probant.

D. Dernier mémoire de la partie adverse

La partie adverse fait valoir ce qui suit:

" A. Les motifs sont exprimés dans le dossier administratif.

4. Comme le relève Monsieur le Premier Auditeur, les motifs de l'acte attaqué sont bien exprimés dans le dossier administratif.

Les motifs qui ont conduit à l'adoption de l'arrêté attaqué sont exprimés dans les différentes notes et avis ayant précédé l'adoption de l'acte attaqué. Ces motifs sont notamment développés dans la note au Comité de l'assurance. Celui-ci permet, en effet, clairement d'établir ce qui a conduit la partie adverse à faire le choix politique qu'elle a posé.

Les discussions au sein de la Commission nationale dento-mutualiste évoquent des raisons budgétaires, mais également la nécessité de limiter la prise en charge par l'assurance obligatoire des seuls honoraires supplémentaires pour les soins réellement prestés dans une situation d'urgence, partant d'un constat d'une utilisation abusive de la nomenclature d'urgence.

A la lecture du dossier administratif, on comprend parfaitement que la partie adverse a adopté l'arrêté attaqué pour limiter les honoraires supplémentaires aux soins réellement prestés en urgence.

En effet, le procès-verbal de la réunion de la commission nationale dento-mutualiste du 26 février 2013, pièce n° 2 du dossier administratif, contient un intitulé «modification de la nomenclature : transfert du budget pour les honoraires d'urgence de l'art. 26 NPS».

Par ailleurs, on peut y lire le passage suivant «M. DEVRIESE déclare qu'il y avait une certaine pression sur ce dossier. Toutefois, il souhaite rappeler le contexte qui a mené à ce transfert. Une des motivations du Conseil technique dentaire résidait sans aucun doute dans l'utilisation abusive de la nomenclature par certains via une attestation en dehors d'une urgence. Il demande une adaptation du cadre réglementaire afin d'éviter une telle fraude dans des pratiques ayant des heures d'ouverture comme un nightshop.».

Par ailleurs, la pièce n° 6 fait mention d'une annexe, la note CSS 2014/141, du 10 avril 2014. Il y est précisé que :

- «Dans ce même paragraphe est inséré une disposition qui doit permettre de mieux lutter contre l'utilisation abusive des suppléments d'urgence. Cette précision doit permettre d'éviter une utilisation abusive de ces numéros dans les pratiques qui sont ouvertes 7 jours sur 7 et 24 heures sur 24»; et
- «Motivation
Les suppléments d'urgence "dentaires" sont transférés depuis le 1^{er} novembre 2013 de l'article 26 vers l'article 5 de la nomenclature des soins de santé. Le secteur demande qu'on abandonne le système actuel complexe qui fixe le ticket modérateur du supplément en fonction du montant du ticket modérateur des soins de base. Sur le terrain on a effectivement constaté que le système n'est pas interprété par tout le monde de la même manière. Dans le nouveau règlement, on travaille avec des forfaits qui évoluent selon un mécanisme de cliquet lié à l'indice des prix à la consommation; un règlement plus simple et plus transparent pour le dentiste et le patient».

Cette annexe n'a, par erreur, pas été jointe au dossier administratif initial mais les

motifs qui sont exprimés dans cette annexe ne sont qu'une répétition des motifs développés dans la pièce n° 2.

5. Dès lors que les motifs sont clairement exprimés dans le dossier administratif de sorte que Votre Conseil peut pleinement exercer son contrôle sur la motivation matérielle de l'arrêté attaqué, le premier moyen n'est pas fondé.

B. La mesure repose sur des motifs pertinents et légalement admissibles

6. Pour autant que de besoin, on relèvera encore que les motifs qui ont conduit la partie adverse à adopter l'arrêté attaqué reposent eux-mêmes sur des constats dont la réalité et la pertinence ne font aucun doute.

7. La prise en charge d'une partie importante des dépenses de santé par le système de sécurité sociale a pour objectif d'assurer l'accès aux soins pour tous.

En Belgique, le fonctionnement de l'assurance soins de santé repose sur différents principes :

- Une médecine libérale : l'État ne contrôle pas la dispensation des soins. Les médecins et les dentistes dispensent leurs soins librement, c'est-à-dire dans le cadre d'une profession libérale.
- Un remboursement à l'acte : l'assurance soins de santé intervient en principe *a posteriori* (remboursement), pour chaque acte médical, mais de façon partielle et forfaitaire (la valeur de chaque prestation médicale est déterminée et sert de base au remboursement).
- Des honoraires et des prix imposés : afin de permettre l'accès aux soins pour tous, des honoraires et prix sont fixés pour les prestations de santé au moyen de conventions. Toutefois, afin de respecter le caractère libéral de la médecine, les prestataires de soins peuvent choisir s'ils s'intègrent ou non dans ces conventions.
- Une cogestion : la fixation de la valeur des prestations médicales et de leurs conditions de remboursement sont prises au sein d'organes réunissant les représentants des prestataires de soins et ceux des mutualités.

En vue d'assurer l'équilibre financier et, ainsi, la pérennité du régime belge d'assurance soins de santé, des mesures de responsabilisation ont toujours été instaurées à l'égard des acteurs de ce système.

Le principe de cette responsabilité partagée figure notamment déjà dans les travaux préparatoires de la loi du 9 août 1963 instituant et organisant un régime d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités :

«Elles [les négociations menées avec les représentants du Corps médical et du Corps pharmaceutiques] ont en outre été l'occasion de voir se manifester le désir unanime d'assainir ce secteur si important de notre législation sociale.

Dans son rapport, le Groupe de Travail parlementaire estimait qu'après avoir fait un inventaire des besoins conçus notamment en fonction des progrès médicaux et pharmaceutiques, un nouveau plan de financement devrait permettre d'assurer l'équilibre du régime réformé : l'étroite association de tous ceux qui collaborent ou participent au fonctionnement de l'assurance, dans la responsabilité de sa gestion, devrait garantir à la fois le maintien de cet équilibre et l'efficacité du régime.

Certes, l'État doit honorer les responsabilités qui lui incombent dans ce domaine; mais ces responsabilités doivent être partagées par tous ceux qui, à un titre quelconque, participent à la vie même de l'assurance maladie-invalidité : les travailleurs, les employeurs, les organismes assureurs, les médecins, les pharmaciens, les gestionnaires d'établissements hospitaliers et, d'une façon générale, les personnes et les institutions médicales ou paramédicales qui

fournissent ou organisent la dispensation des prestations aux assurés sociaux.»

Le système belge d'assurance «soins de santé» vise à assurer des soins de santé «accessibles». Il ne garantit toutefois pas une médecine entièrement gratuite.

Les initiateurs de l'assurance soins de santé ont, en effet, considéré qu'une telle gratuité risquait de «déresponsabiliser» les patients et de générer une surconsommation médicale. Cette conception est encore d'actualité aujourd'hui.

Aussi, le patient doit, en principe, avancer les frais liés à sa santé et se faire ensuite rembourser la part de ces frais prise en charge par l'assurance soins de santé. Par ailleurs, une partie du coût des soins de santé reste en principe à charge du patient. Cette quote-part personnelle est dénommée «ticket modérateur».

8. Dans cet esprit, les soins urgents ont fait l'objet d'une tarification spécifique : d'une part un remboursement majoré est prévu et, d'autre part, un ticket modérateur plus élevé est exigé. Ce ticket modérateur majoré est mis en place en vue de prévenir le recours inutile à l'urgence dans le chef des bénéficiaires. La gestion de l'urgence en matière de soins de santé est, en effet, une contrainte imposée aux prestataires en vue de les faire participer à un service public. C'est pour cela que la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé prévoit explicitement l'organisation de «garantie [de] la permanence médicale». Il s'agit là d'un régime de contrainte, une forme (très allégée) de réquisition des professionnels de la santé, qui justifie des tarifs particuliers et une responsabilisation accrue des bénéficiaires.

9. Le constat a été posé, pourtant, que certains prestataires portaient proportionnellement énormément de prestations d'urgence en compte. Cela laisse à penser que certains prestataires pourraient avoir érigé l'urgence en mode de fonctionnement et s'être départis d'une participation au service public de soins urgents, au profit d'un business modèle axé sur une disponibilité à des heures habituellement couvertes par l'urgence. Tenant compte du régime particulier applicable aux prestations d'urgence, la partie adverse a estimé qu'il fallait s'assurer de ce que seules les prestations répondant réellement à une situation d'urgence soit facturées sous ce régime spécifique.

Sur cette base, le motif clairement exprimé par les documents du dossier administratif est le constat d'un risque d'utilisation abusive de la nomenclature d'urgence. Cette proportion majorée de recours à l'honoraire d'urgence a laissé penser que la formulation antérieure de la règle relative à l'honoraire d'urgence manquait de clarté. L'acte attaqué vise à rencontrer cette difficulté et à améliorer la nomenclature afin que précisément les hypothèses souhaitées – depuis l'origine – par le Roi soient prises en compte et visées par la nomenclature.

À cette fin, les organes – et notamment les différents organes de concertation paritaire, institués au sein de l'INAMI – ont proposé la modification attaquée. Cet objectif est clairement exprimé par le conseil technique dentaire tel que cela résulte du procès-verbal de la réunion de la commission nationale dento-mutualiste du 26 février 2013. Au regard de la demande de Monsieur le Premier Auditeur, la partie adverse joint au dossier administratif la pièce qui est à l'origine de ce constat par la commission nationale dento-mutualiste : la note du conseil technique dentaire du 24 janvier 2013.

Le Roi, ainsi éclairé, a exercé son pouvoir d'élaboration et de détermination des conditions de remboursement des soins de santé en redéfinissant et précisant ces conditions. Conformément à l'article 35, § 1^{er}, de la loi AMI, «Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé [...]». Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles

d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles. [...]».

Pour ce faire, le Roi dispose d'un très large pouvoir d'appréciation. Il lui revient de ne pas adopter de mesure manifestement déraisonnable. Or, il n'est pas déraisonnable d'estimer que la nomenclature d'urgence pourrait être utilisée de manière abusive par des dentistes dont l'organisation du travail implique de prêter, de manière habituelle, des soins en dehors des heures classiques et donc de facturer ces prestations non réellement urgentes en prestations d'urgence uniquement en fonction de l'heure à laquelle la prestation est effectuée.

Ce souhait de l'auteur de l'acte était déjà exprimé par la règle interprétative 02 de l'article 26 de la nomenclature publiée au Moniteur belge du 13 mars 2002 :

«QUESTION

Au cours d'une visite demandée le jour mais effectuée le soir ou la nuit pour des raisons propres au médecin, certaines prestations techniques réputées urgentes doivent être pratiquées. Ces prestations techniques donnent-elles droit aux honoraires supplémentaires visés à l'article 26 de la nomenclature ?

REPONSE

Etant donné que la visite est considérée comme une visite de jour, les prestations techniques effectuées à cette occasion doivent normalement être considérées au même titre que la visite au cours de laquelle elles ont été pratiquées. Elles peuvent d'autant moins être considérées comme prestations urgentes que c'est l'arrivée tardive du médecin – et non l'appel tardif du malade – qui a entraîné le retard de leur exécution».

10. La volonté d'améliorer la description de la nomenclature est, assurément, un motif acceptable. Ce l'est d'autant plus que le constat a effectivement été fait d'un risque de mauvaise compréhension et application de celle-ci. Ce constat s'appuie sur différents éléments qui ont conduit la partie adverse à mettre en oeuvre le processus ayant mené à l'adoption de l'acte attaqué.

Ces éléments n'ont initialement pas été joints au dossier administratif dès lors qu'il s'agissait d'étapes antérieures au processus formel d'adoption de l'acte attaqué.

Particulièrement dans le domaine des soins de santé, il est difficile de composer un dossier administratif complètement exhaustif dès lors que, très souvent, les sujets concernés sont abordés à différentes reprises par (les) différents organes d'avis, parfois dans un timing bien éloigné de celui dans lequel le processus d'élaboration de l'acte administratif prend place. La partie adverse s'est donc limitée à communiquer le dossier administratif relatif au strict processus d'adoption.

Il ne peut être exigé que, pour chaque constat tiré dans le cadre de la préparation d'un acte administratif, les documents préparatoires contiennent des enquêtes ou études menées de nature à confirmer ledit constat. En effet, la partie adverse dispose d'un large pouvoir d'appréciation pour poser les choix politiques qu'elle entend poser, en opportunité. Or, à suivre l'avis de Monsieur le Premier Auditeur, la partie adverse devrait démontrer, à l'appui de pièces du dossier administratif, le bien-fondé non pas de l'arrêté litigieux mais des motifs qui ressortent des documents préparatoires. Ceci revient donc à exiger que les motifs des motifs soient exprimés dans le dossier administratif, ce qui n'est pas imposé par les principes et dispositions visés à l'appui du moyen.

Les motifs exprimés permettent, en tout cas, de s'assurer que la mesure n'est pas arbitraire et qu'elle repose sur des motifs exacts, pertinents et admissibles. Pour

remettre en cause la légalité de ces motifs, il appartient à la partie requérante de démontrer que la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation en s'appuyant sur ces motifs pour adopter l'arrêté attaqué, ce qu'elle reste en défaut de faire.

11. Toutefois, à la demande de Monsieur le Premier Auditeur, la partie adverse ajoute au dossier administratif les éléments antérieurs au processus d'adoption de l'acte attaqué mais qui peuvent fournir un certain éclairage quant aux constats dressés dans le dossier administratif.

Concrètement, le constat relatif au risque d'utilisation abusive de la nomenclature d'urgence s'appuie sur des données individuelles et certifiées conformes par les organismes assureurs.

Interrogé sur la motivation des motifs exprimés dans le dossier administratif, l'INAMI a extrait les dernières données disponibles et indique ce qui suit :

«Comme vous le verrez dans le document .PDF repris en annexe10, un nombre très limité de dentistes attestent ces codes et le "top 10" des remboursements pour ces codes est extrêmement élevé par rapport aux autres dentistes qui attestent les dits codes. De plus seul un nombre limité de dentistes attestent – ne serait-ce qu'une fois ce code, *in concreto* 3.165 dentistes sur 8.436. Si l'on ne prend en compte que les dentistes qui ont attestés un code d'urgence pour 10 patients ou plus le chiffre de dentistes concernés diminue à 408 (moins de 5 % de la population des dentistes actifs en Belgique).

Le N° 1 des prescripteurs des codes d'urgence atteste ces codes pour un montant remboursé par l'assurance égal à 55.685 € et ce pour 1.320 patients différents.

Le N° 11 des prescripteurs des codes d'urgence atteste ces codes pour un montant remboursé par l'assurance égal à 8.384 € et ce pour 253 patients différents.

Le N° 21 des prescripteurs des codes d'urgence atteste ces codes pour un montant remboursé par l'assurance égal à 3.515 € et ce pour 110 patients différents.

Le N° 71 des prescripteurs des codes d'urgence atteste ces codes pour un montant remboursé par l'assurance égal à 1.018 € et ce pour 37 patients différents.

Le N° 125 des prescripteurs des codes d'urgence atteste ces codes pour un montant remboursé par l'assurance égal à 497 € et ce pour 6 patients différents.

Le N° 225 des prescripteurs des codes d'urgence atteste ces codes pour un montant remboursé par l'assurance égal à 293 € et ce pour 8 patients différents.

Le N° 985 des prescripteurs des codes d'urgence atteste ces codes pour un montant remboursé par l'assurance égal à 100 € et ce pour 7 patients différents.

Il est donc évident que les codes d'urgence sont employés intensivement par un nombre extrêmement limité de dentistes».

Il résulte de ces explications que le constat déjà posé par les différents organes d'avis en 2013 n'est pas déraisonnable et est confirmé par les dernières données disponibles. C'est sur la base de ce constat, exprimé dans le dossier administratif, que la partie adverse a considéré qu'il fallait limiter l'utilisation de la nomenclature d'urgence de manière à prévenir un tel risque d'utilisation abusive.

Dès lors que l'acte attaqué repose sur des motifs pertinents et légalement admissibles qui sont clairement exprimés dans le dossier administratif, celui-ci est légalement motivé".

A l'appui de ce dernier mémoire, et en réaction au rapport du premier auditeur–chef de section, elle complète le dossier administratif, en transmettant cinq pièces numérotées de 10 à 14.

E. Dernier mémoire des requérants

Les requérants font valoir ce qui suit:

- " 7. Les parties requérantes rejoignent les conclusions de Monsieur le Premier Auditeur chef de section.

Les nouveaux éléments développés par la partie adverse ne permettent pas de répondre aux critiques formulées dans le premier moyen et retenues par le Premier Auditeur–chef de section.

La partie adverse ne démontre pas concrètement l'existence réelle d'une utilisation abusive et volontaire des codes d'urgence. Elle le dit elle-même, il s'agit de pallier à un risque d'abus.

De l'aveu même de la partie adverse, il n'existe aucun constat clair, complet et probant, aucune enquête démontrant qu'il y ait véritablement un abus de l'utilisation de ces codes. Par ailleurs, le dossier administratif ne donne aucune information sur les abus qui auraient été constatés par l'INAMI. Ces éventuels abus ont-ils été sanctionnés ? S'agit-il d'abus chroniques de certains praticiens ou d'abus épisodiques de l'ensemble des praticiens en Belgique ? Le dossier administratif ne donne aucune information à ce sujet.

8. L'argumentation développée de la partie adverse apparaît comme étant contradictoire. En effet, la pièce 2 de son dossier (le procès-verbal de la réunion de la Commission nationale dento-mutualiste du 26 février 2013) qui constitue la base de la motivation de l'acte attaqué mentionne que «une des motivations du Conseil technique dentaire résidait sans aucun doute dans l'utilisation abusive de la nomenclature par certains via une attestation en dehors d'une urgence» [...].

Il apparaît donc qu'il existe plusieurs motivations différentes justifiant l'adoption de l'acte attaqué, or la partie adverse ne défend devant le Conseil d'État qu'un seul motif tiré de l'existence d'un risque d'abus (qui du reste n'est pas démontré).

Les parties requérantes s'interrogent donc sur les autres motivations non étayées par la partie adverse et constatent que l'acte attaqué est insuffisamment motivé, car il n'est pas possible de connaître l'ensemble des motifs de droit et de fait ayant justifié son adoption.

9. La motivation interne de l'acte attaqué est d'autant plus importante en raison de la portée même de la disposition attaquée puisqu'elle aboutit à créer une présomption selon laquelle tout praticien dentaire qui s'organise (et peu importe le «degré» de cette organisation) pour pouvoir accueillir, si besoin, une urgence entre 21h et 7h du matin, est un praticien qui abuse des suppléments prévus par la réglementation.

10. Il ressort des explications de la partie adverse qu'elle entend, en adoptant la réglementation attaquée, prévenir un risque d'abus de la part de prestataires qui organiseraient délibérément leurs services entre 21h et 7h pour pouvoir toucher un supplément dû à l'urgence.

Il s'ensuit qu'en réalité, la partie adverse entend diminuer pour le plus grand nombre de praticiens, la possibilité de pouvoir demander un supplément pour les interventions de nuit. Il s'agit donc bien d'une mesure déguisée pour supprimer aux praticiens le bénéfice financier qu'ils peuvent retirer des prestations effectuées entre 21h et 7h.

La motivation ne permet pas de savoir pourquoi le recours aux critères selon lesquels l'offre de soins doit être organisée pour couvrir les plages horaires de 21h à 7h (1) et que l'organisation doit avoir été rendue publique (2) permettront effectivement de lutter efficacement contre les «risques d'abus».

Premièrement, la partie adverse n'explique toujours pas ce que signifie, selon l'acte attaqué, «une offre de soins organisée pour couvrir les plages horaires» de 21h à 7h. Le praticien qui met en ordre son cabinet dentaire et qui stérilise ces instruments à la fin de sa journée pour le cas où une urgence devrait subvenir pendant la nuit est-il compris dans le champ d'application de l'arrêté ?

Par ailleurs, si par le bouche-à-oreille (et donc hors de son contrôle) ses patients informent leurs connaissances du fait que ce praticien peut recevoir en cas d'urgence la nuit, cette situation est-elle également comprise dans le champ d'application de l'arrêté attaqué ?

Il ressort donc que les conditions choisies par la partie adverse pour exclure les praticiens du bénéfice du supplément d'urgence est totalement hors de propos et qu'il s'agit avant tout d'une mesure budgétaire drastique déguisée afin de faire perdre au plus grand nombre le bénéfice de ce supplément.

C'est donc à tort que la partie adverse considère qu'il n'est pas déraisonnable d'estimer que la nomenclature d'urgence pourrait être utilisée de manière abusive.

11. Les parties requérantes demandent l'écartement des pièces supplémentaires du dossier administratif déposées par la partie adverse à l'appui de son dernier mémoire. En effet, les parties requérantes ne peuvent suivre l'argumentation de la partie adverse selon laquelle il n'était pas nécessaire de produire les documents préparatoires de l'acte attaqué.

«Un dossier administratif ne se compose pas, il se dépose» (J. JAUMOTTE, J. SALMON et E. THIBAUT, Le Conseil d'État de Belgique, Bruylant, 2012, p.1707). Les documents préparatoires à l'adoption de l'acte attaqué doivent, par essence, se trouver dans le dossier administratif pour permettre aux requérants, à l'auditorat et au Conseil d'État de vérifier concrètement la motivation interne de l'acte. Il s'agit également d'une application du principe du contradictoire et de la collaboration loyale entre les parties.

Votre Conseil a déjà jugé qu'un dossier administratif doit exister avant l'introduction du recours au Conseil d'État et, plus encore, avant que l'acte administratif soit pris de telle sorte qu'en cas de recours, sa production en justice ne doit poser aucun problème (cfr. C.E., arrêt n° 146.697 du 24 juin 2005, SPRL la séniorerie les Héliotropes).

Votre Conseil a également déjà jugé que des explications avancées *a posteriori* dans les écrits de la procédure ne peuvent être pris en compte pour suppléer la carence du dossier administratif (cfr. C.E., arrêt n° 147.148 du 30 juin 2005, ASBL association du personnel wallon et francophone des services publics).

Ou encore :

– «(...) que tout dossier administratif doit exister au moment où est pris l'acte ou le

règlement qu'il prépare, et que c'est lui, tel qu'il existe à ce moment, qui doit être transmis, en cas de recours, au greffe du Conseil d'État; qu'il ne saurait être question de le rectifier, voire de le constituer, en raison d'un tel recours; que le contrôle objectif de légalité que doit opérer le Conseil d'État s'oppose à ce que le dossier administratif fasse l'objet de la moindre manipulation; que la seule sanction efficace de l'obligation de loyauté dans la production du dossier administratif consiste à n'avoir égard qu'au dossier administratif initialement transmis, sans préjudice des renseignements ou documents demandés par la Section d'administration; que ces pièces "complémentaires" du dossier administratif doivent ainsi être écartées des débats» (cfr. C.E., arrêt n° 108.094 du 19 juin 2002, A.P.E.L.A et csrts).

- «La partie adverse a l'obligation de déposer dans le délai de soixante jours fixé à l'article 6, § 2, du règlement général de procédure un dossier administratif complet. Il y a dès lors lieu d'écarter les pièces supplémentaires produites en même temps que le dernier mémoire» (cfr. C.E., arrêt n° 222.170 du 22 janvier 2013, BOELENS).
- «Le Conseil d'État ne peut pas avoir égard aux nouvelles pièces qui, en vue de compléter le dossier administratif et de satisfaire aux demandes de l'auditeur rapporteur, ont été communiquées par la partie adverse à l'appui de son dernier mémoire, soit bien au-delà du délai de soixante jours qui est réglementairement imparti pour transmettre le dossier administratif au greffe du Conseil d'État. À peine de ruiner le caractère contradictoire des débats, la partie requérante n'ayant pas pu réagir quant aux dernières pièces produites, ce complément au dossier administratif doit être écarté desdits débats»» (cfr. C.E., arrêt n° 161.012 du 5 juillet 2006; CPAS de Bruxelles).

En l'espèce, et contrairement à ce que soutient la partie adverse dans son dernier mémoire, il lui revient bien de démontrer concrètement le bien-fondé des motifs de fait et de droit qui fondent la décision attaquée ce qui implique obligatoirement la production d'un dossier administratif clair, suffisant et pertinent et en conséquence la production des documents préparatoires (documents qui doivent, en tout état de cause faire partie intégrante dès le départ du dossier administratif).

Dans ces conditions, il convient d'écarter les nouvelles pièces du dossier administratif déposées par la partie adverse en annexe de son dernier mémoire.

13. En tout état de cause, il convient de constater que les nouvelles pièces déposées par la partie adverse n'apportent aucun complément d'information.

Ainsi, si la nouvelle pièce 10 du dossier mentionne le but de lutte contre les possibilités de fraude, cette seule affirmation n'est étayée par aucune donnée technique, par aucune enquête réalisée sur le terrain permettant de vérifier si le motif de fait sur lequel se fonde l'acte attaqué est avéré ou non !

La nouvelle pièce 11 du dossier n'apporte également aucun éclaircissement supplémentaire sur cette question. Au contraire, il en ressort que des membres du Conseil technique et dentaire de l'INAMI ont cité directement des cabinets qu'ils semblent considérer comme fraudeurs (il ressort même de la lecture de cette pièce qu'il a été fait une énumération exhaustive des cabinets) mais sans en apporter la moindre preuve de la réalité de ces allégations (il ne mentionne aucun nom dans la pièce).

Dès lors, il convient de s'interroger sur la proportionnalité de la mesure puisqu'il s'avère que l'INAMI connaît déjà les praticiens fraudeurs. Pourquoi alors adopter l'acte attaqué alors que des mesures de contrôles peuvent suffire à remplir l'objectif visé par la partie adverse. La motivation interne de l'acte et le dossier administratif n'apporte aucune réponse à cet égard.

Il s'avère également à la lecture de la pièce 12 (page n° 2 de ladite pièce) que plusieurs autres pistes de solutions ont été envisagées par les membres du Conseil technique et dentaire de l'INAMI. Le dossier administratif ne permet pas de comprendre pourquoi ces solutions n'ont pas été retenues par la partie adverse.

Les parties requérantes s'interrogent également sur la pertinence de la pièce 12 et de la citation faite par la partie adverse à la page 10 de son dernier mémoire. Selon l'interprétation des parties requérantes, la citation mise en exergue par la partie adverse semble provenir d'un texte de l'INAMI mais dont on ne peut certifier ni l'origine (et donc la pertinence de son auteur), ni la date, de telle sorte que les parties requérantes présument qu'il s'agit de documents postérieurs à l'adoption de l'acte attaqué (voyez par exemple les dates mentionnées sur la pièce n° 12) et qui doivent donc être écartés des débats. De surcroît, ces informations auraient dû se trouver dès le départ dans le dossier administratif transmis en même temps que le mémoire en réponse.

Pour l'ensemble de ces motifs, il convient de déclarer le premier moyen fondé et de suivre les conclusions du rapport de Monsieur le Premier auditeur-chef de section".

IV.2. Appréciation du Conseil d'État

Le moyen reproche, en substance, à la partie adverse d'avoir – en adoptant l'arrêté attaqué – manqué à ses obligations de motivation matérielle, d'une part, et de respect du principe de proportionnalité, d'autre part.

Il apparaît à la lecture de l'extrait, versé au dossier administratif, du procès-verbal de la réunion de la commission nationale dento-mutualiste tenue le 26 février 2013 que le constat de certaines pratiques inappropriées d'utilisation de la nomenclature d'urgence a été considéré comme attestant un risque de pratiques "frauduleuses" qu'il apparaissait opportun de prévenir en adaptant le cadre réglementaire.

L'acte attaqué ne se fonde donc pas – contrairement à ce que semblent soutenir les requérants, tout en paraissant nuancer leur propos dans leur dernier mémoire – sur "un motif visant à combattre des abus constatés", mais bien sur la volonté de prévenir ou, à tout le moins, de limiter le risque d'une utilisation de la nomenclature d'urgence pour des prestations qui ne justifieraient pas cette utilisation.

Ce motif, dont l'exactitude et la pertinence n'ont pas été contestées au titre du premier moyen, suffit, au regard de ce moyen, à justifier l'adoption de l'acte attaqué, et ce sans qu'il soit nécessaire d'avoir égard tant à d'autres motifs dont les requérants écrivent, notamment dans leur dernier mémoire, soupçonner l'existence, qu'aux pièces qui n'ont été transmises par la partie adverse qu'à l'appui de son dernier mémoire, alors qu'elles auraient pu l'être à un stade antérieur de la procédure. En

outre, et sans préjuger de ce qui sera répondu au grief de méconnaissance du principe de proportionnalité, il n'apparaît pas que le motif de l'arrêt attaqué ne serait pas admissible en droit.

S'agissant précisément de la violation invoquée du principe de proportionnalité, il s'indique, avant tout, de relever – en dépit de ce que les requérants semblent perdre de vue – que, dans le cadre du contrôle juridictionnel de la légalité des actes administratifs, il n'est pas question de démontrer que le principe de proportionnalité a été respecté, mais bien d'établir que ce principe aurait, le cas échéant, été méconnu.

Ensuite, l'acte attaqué, qui détermine les conditions de l'intervention de l'assurance soins de santé à l'égard de certaines prestations pour lesquelles sont attestés des codes de la nomenclature d'urgence, n'établit – contrairement, notamment, à ce que les requérants laissent entendre au point 9 de leur dernier mémoire – aucune présomption de fraude. Il convient, du reste, de rappeler que les mesures qu'appellera, le cas échéant, une utilisation des codes concernés non conforme à la règle édictée par l'acte attaqué, résulteront, non de celui-ci, mais de la procédure mise en œuvre conformément aux et sur le fondement des dispositions des articles 73*bis*, alinéa 1^{er}, 2^o, et 142, § 1^{er}, alinéas 1^{er}, 2^o, et 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

Par ailleurs, ainsi que l'observe la partie adverse au point 17 de son mémoire en réponse sans être contredite par les requérants, "la mesure ne concerne que l'honoraire supplémentaire relatif à l'urgence de l'intervention. En d'autres termes, les prestations qui ne répondent pas aux conditions de l'urgence telle que visée par l'arrêté attaqué restent remboursables par l'assurance obligatoire".

Il apparaît enfin qu'en invoquant, sans argumenter plus précisément ce grief, une atteinte au principe de proportionnalité, le moyen critique, en réalité, le choix posé, en opportunité, par la partie adverse quant au mécanisme qui lui paraissait le plus adéquat pour prévenir le risque d'utilisation inappropriée des codes de nomenclature d'urgence.

Il suit de l'ensemble de ces considérations que le moyen – en ce qu'il dénonce tant un vice de motivation matérielle de l'arrêté attaqué qu'une méconnaissance du principe de proportionnalité – ne peut être accueilli.

Dès lors que le premier moyen ne peut être accueilli, il s'impose

d'ordonner une réouverture des débats pour permettre au membre de l'auditorat désigné par l'Auditeur général, d'établir un rapport complémentaire, à la suite duquel les parties seront invitées à déposer des derniers mémoires.

**PAR CES MOTIFS,
LE CONSEIL D'ÉTAT DÉCIDE :**

Article 1^{er}.

Les débats sont rouverts.

Article 2.

Le membre de l'auditorat, désigné par l'Auditeur général, est chargé de déposer un rapport complémentaire.

Article 3.

A dater de la notification du rapport complémentaire, chacune des parties disposera d'un délai unique de trente jours pour déposer un dernier mémoire.

Article 4.

Les dépens sont réservés.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le seize mai deux mille dix-sept par :

MM. Jacques JAUMOTTE,
David DE ROY,
Serge BODART,
M^{me} Caroline HUGÉ,

président de chambre,
conseiller d'État,
conseiller d'État,
greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Caroline HUGÉ.

Jacques JAUMOTTE.