CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

VI^e CHAMBRE

A R R E T

n^o 238.252 du 18 mai 2017

A.216.751/VI-20.

En cause : **HATZKEVICH** David,

ayant élu domicile chez
Me Michel KAISER, avocat,
boulevard Louis Schmidt, n° 56,
1040 Bruxelles,

contre :

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

ayant élu domicile chez
Mes Pierre SLEGERS, Céline POUPPEZ et
Béryl DE MAGNEE, avocats,
place Flagey, n° 18,
1050 Bruxelles.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 7 août 2015, David HATZKEVICH demande l'annulation de "l'Arrêté royal du 2 juin 2015 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités publié au Moniteur belge du 12 juin 2015 et entré en vigueur le 1^er juillet 2015".

II. Procédure

Une ordonnance du 20 septembre 2016, notifiée aux parties, fixe l'affaire à l'audience du 19 octobre 2016 à 10 heures.

Un arrêt n° 237.870 du 30 mars 2017 a rouvert les débats et a remis l'examen de la cause à l'audience du 3 mai 2017.

M. le Conseiller d'Etat, David DE ROY, a exposé son rapport.

M^e^ Emmanuel GOURDIN, *loco* Me Michel KAISER, avocat, comparaissant pour la partie requérante et M^e^ Céline POUPEZ, avocat, comparaissant pour la partie adverse, ont présenté leurs observations.

M. le Premier auditeur au Conseil d'Etat, Denis DELVAX, a été entendu en son avis conforme.

Il est fait application du titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. Exposé des faits

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

2. Le 15 décembre 2011, la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) examine la perspective de l'institution d'un système permettant de limiter les *outliers*.

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

On peut y lire ce qui suit :

" En ce qui concerne le point 2, la CNDM demande l'élaboration d'un système efficace pour limiter les «outliers» dans lequel les organismes assureurs (AIM) identifient les dispensateurs qui ont généré des revenus de l'INAMI au cours d'une période de référence déterminée, dépassant un plafond proposé par la CNDM. Ce plafond, exprimé le cas échéant en une valeur modulée L^1, est motivé objectivement par le faite [*sic*] que même dans un cabinet avec une organisation optimale, la dispensation des soins de qualité n'est plus possible au-delà d'un nombre maximum. Les organismes assureurs répètent cet exercice pour chaque période de référence et transmettent les résultats au SECM qui peut instaurer des enquêtes.

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

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

Ce GT présentera également une proposition de recommandation à la CNDM en vue de la création d'un « Ordre de dentistes ». Il sera également examiné de quelle manière une publicité pourra être donnée à cette nouvelle méthode afin d'accroître l'effet dissuasif. La CNDM charge le CTD d'élaborer au plus tard pour le 30 mars 2012, un projet de modification de la nomenclature qui prévoit que, pendant la période de référence, le plafond exprimé le cas échéant en une valeur modulée L, ne peut pas être dépassé. Ceci, afin que le SECM puisse, après examen du chiffre d'affaire quotidien moyen du praticien de l'art dentaire, de la réalité et la conformité des prestations avec la nomenclature, récupérer la partie qui dépasse le plafond auprès du dispensateur. Pour tenir compte de la diversité en fonction du temps et du matériel des différentes prestations de la nomenclature dentaire et pour tenir compte des différences engendrées par le statut des patients (régime préférentiel/non-préférentiel), il est conseillé de moduler les valeurs L fixées, en fonction de ces paramètres.
Finalement, la CNDM suivra de près les avancées de la proposition qui autorisera les stagiaires à attester leurs propres prestations en maintenant des contacts réguliers avec le SPF Santé Publique et en demandant au CTD de préparer les modifications de nomenclature nécessaires. Idéalement, ce système devrait être appliqué à partir du 1er juin 2012. Si cette date n'est pas réalisable, et en attendant, deux cachets doivent être apposés sur les attestations de soins pour toutes les prestations effectuées par le stagiaire : celui du stagiaire et celui du maître de stage. Le numéro INAMI du stagiaire (ou les deux) doi(vent)t être encodé(s) par les OA".

4. Le 9 février 2012, le Groupe de travail *outliers* institué au sein de la CNDM examine différents aspects du système.

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

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

Une discussion a ensuite été menée sur les points suivants : L[6],

1° opportunité du plafond

La VBT et la CSD font part de leurs doutes. La VBT attire l'attention sur les éventuels effets secondaires du système : on arrêtera si on risque d'atteindre la limite maximum et on trouvera d'autres modes d'attestation créatifs. La CSD estime qu'il importe surtout de lutter contre les outliers mais espère que ce système n'est que temporaire. Si l'on souhaite instaurer un plafond financier, il convient,

afin de le fixer correctement, d'analyser toutes les recettes et les dépenses d'un cabinet dentaire. Les compétences du GT ne permettent toutefois pas d'approfondir cette discussion. Les remarques seront transmises à la CNDM.

2° motivation du plafond

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

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

Les tâches de l'AIM sont d'abord définies. L'AIM analyse les données anonymisées au niveau du dispensateur. Une liste est établie renfermant les noms des praticiens de l'art dentaire qui ont dépassé le plafond pendant la période de référence. La valeur P obtenue et le dépassement du plafond sont mentionnés à cet effet. L'AIM ne fournit pas de données certifiées, ce qui signifie que le SECM demandera toutes les pièces pertinentes à chaque OA séparément. Toutes les pièces seront ensuite analysées et le dépassement en P devra être estimé en remboursement en euros. Etant donné que la plus-value du système dépend en grande partie de la rapidité et de l'efficacité avec lesquelles les infractions peuvent être traitées, cette procédure est trop lourde pour le SECM qui préfère recevoir un message clair de l'AIM : le dépassement est d'autant et tel montant doit être récupéré. En outre, le SECM ne travaille pas avec les dates auxquelles les prestations ont été réalisées, mais avec les dates auxquelles la prestation a été remboursée. Ce point mérite une attention particulière. En effet, la réussite de l'opération dépend effectivement de la collaboration entre l'AIM et le SECM. Le secrétariat prendra contact avec les deux et il sera convenu de ce qui est réalisable.

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

1) la période de référence

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

2) le plafond

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

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

5. Le Conseil technique dentaire établit un projet de modification de la nomenclature des prestations de santé répondant aux décisions préalablement prises par la CNDM.

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

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

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

Cette note se présente comme suit :

" CONTENU

a) La mission du Conseil technique dentaire

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

b) Le coefficient P

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

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

c) Le fonctionnement de l'AIM

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

d) Le rôle du SECM

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

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

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

[…]

MISSION DE LA COMMISSION NATIONALE

La Commission nationale est priée de prendre une décision à propos des modifications de la nomenclature figurant en annexe.
La Commission est également priée de fixer le seuil d'activité minimale pour déterminer la période de référence et de fixer le plafond en nombre de P (moyenne journalière)".

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

- à chaque prestation est attribué un pourcentage relatif à l'implication du praticien dans la réalisation de celle-ci, ci-après appelée valeur A (p. ex. : 100 % si la valeur de l'acte est intégralement constituée par son intervention ; 50 % si la valeur de l'acte est représentée pour moitié par l'intervention du praticien et pour moitié par la valeur du matériel ; 90 % si la valeur de l'acte est représentée pour 90 % par l'intervention du praticien et pour 10 % par la valeur du matériel…);
- l'honoraire s'attachant à chaque prestation pour l'année 2010 se voit corrigé par la valeur A, ce qui aboutit à une valeur B (p. ex. l'examen buccal parodontal bénéficie d'un honoraire de 102,49 € et a une valeur A de 1, de sorte que l'on y applique la

formule 102,49/1 = 102,49; l'obturation de cavité sur 1 face bénéficie d'un honoraire de 41,11 € et a une valeur A de 0,90, de sorte que l'on y applique la formule (41,11/10) x 9 = 36,99);

- la valeur B est divisée par le chiffre 7 et aboutit à une valeur C (p. ex. pour l'examen buccal parodontal, on applique donc la formule 102,49/7 = 14,64143, arrondi à 14,64 ; pour l'obturation de cavité on applique donc la formule 36,99/7 = 5,28557, arrondi à 5,29);
- la valeur C ainsi obtenue est arrondie par augmentation ou par soustraction à l'unité la plus proche et permet d'aboutir à la valeur P (p.ex. buccal parodontal se voit attribuer une valeur de 15 P et l'obturation de cavité sur 2 faces une valeur de 5 P).

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

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

7. Le 2 avril 2012, la CNDM se réunit pour examiner la note 2012/2 précitée. Le procès-verbal de cette réunion se lit comme suit :

" M. VAN DE VELDE commente la note 2012-2.

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

M. DE VOS se rallie à la remarque de M. Hanson concernant le libellé de la mission. Il dit éprouver lui aussi un problème avec le plafonnement parce que cela ouvre la porte à d'autres formes de fraude : il craint que les praticiens de l'art dentaire se trouvant juste en dessous du plafond soient poussés à attester davantage

de façon à mieux approcher ce plafond, sans le dépasser. Il renvoie également aux pratiques réunissant plusieurs dentistes se partageant le même fauteuil. Si l'un d'entre eux atteint sa limite, un autre reprendra simplement la pratique. Par ailleurs, il s'interroge sur la mise à exécution. L'AIM donnera un signe aux dentistes, mais sur la base de données non certifiées. Pareille méthode lui semble incorrecte et entraîner beaucoup de retards qui nuiront à l'efficacité du système. Enfin, il ne peut pas être d'accord sur la fixation d'un plafond parce qu'on ne peut pas contingenter le travail des dentistes.

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

M. DEVRIESE comprend en partie seulement les réserves de ses collègues. L'annexe 4 montre que le dentiste lambda se trouve à un niveau de dépenses INAMI de 86 000 EUR. Septante-cinq pourcent des praticiens de l'art dentaire ne dépassent pas les 128 000 EUR. Nonante pourcent des dentistes restent sous les 200 000 EUR. Dans la liste des outliers, certains profils dépassent les limites de 300 000, 400 000… voire 700 000 EUR. Par ailleurs, la Commission de profils, le SECM, les Chambres de première instance et les Chambres d'appel sont confrontés aux problèmes connus qui consistent à contenir cette marche à vide. Il ne comprend pas que de tels profils soient nécessaires pour garder en bonne santé une pratique dentaire et critique la collégialité de ces dentistes. D'après lui, il ne s'agit pas d'une limitation de l'activité du dentiste, puisque les patients continuent d'être remboursés. Par contre, il se trouve que ses revenus restent limités à un maximum. Il est donc essentiel pour lui que la limite soit fixée à un niveau raisonnable : pas trop haut, mais pas trop bas non plus. La publication de cette mesure entraînera un important effet de dissuasion et exercera une influence positive sur le comportement des praticiens de l'art dentaire.
Pourtant, il comprend l'inquiétude. Une des premières questions est : comment le SECM appliquera-t-il cette disposition ? Procédera-t-il à l'aveuglette ou bien tiendra-t-il compte de l'esprit dans lequel cette disposition a été mise en place ? Un deuxième doute est le fait que le plafond est fixé à partir de la Commission nationale dans un arrêté royal, ce qui permet en théorie à la ministre d'abaisser ce plafond. Pour les dentistes, ce serait une catastrophe. Aussi plaide-t-il en faveur d'un système permettant à la Commission nationale de gérer et de diriger en mains propres le plafond et, au cas par exemple où il est constaté que le but est manqué, de le corriger lui-même. De même, il faut pouvoir accepter la possibilité de revenir sur le système entier si la CNDM constate que le système appliqué s'avère inefficace ou serait entaché d'effets pervers. La marge budgétaire dégagée par la mesure devra être cherchée ailleurs. Lors des négociations en vue du nouvel accord, des conventions pourront être prises à ce sujet.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. BRONCKAERS répond qu'il a été tenu compte de la part du coût du matériel dans les prestations. Les praticiens de l'art dentaire ont exprimé cela par un ratio, par exemple 0,8 pour les soins conservateurs. Donc, 20 % des honoraires pour ces prestations représentent le coût du matériel. Il est mis en avant que cette part serait trop faible. Il peut en être tenu compte lors de la fixation du plafond. Ce doit être fait de telle sorte que seuls les grands outliers soient touchés.

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

M. DE RIDDER, président, commente l'esprit de la décision : s'il est constaté que pour un dispensateur de soins, il a été remboursé plus que permis, l'inspecteur a tous les pouvoirs pour mener aussi une enquête sur l'activité complète du praticien de l'art dentaire. De cette manière, le montant récupéré peut concerner davantage que le seul dépassement.
Ensuite, il résume la discussion : d'une part la délégation dentaire est incertaine quant à la pondération correcte des valeurs P par rapport à la pratique. Il en va de même pour la hauteur du plafond. Il est donc nécessaire de pouvoir revoir ces valeurs dans un délai raisonnable. La nomenclature, qui est modifiée par arrêté royal, n'offre pas assez de souplesse pour revoir les valeurs P et le plafond. Par ailleurs, sur le plan de la sécurité juridique, on a besoin aussi de règles empêchant que le plafond descende sous un minimum déterminé. Il faut donc chercher dans la nomenclature certains points de départ offrant plus de souplesse et plus de sécurité juridique. Comme exemple, il cite l'inscription d'une délégation au CNDM au moyen de l'Accord national ou au Comité de l'assurance au moyen du Règlement.

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

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

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

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

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

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

Afin de tenir compte des remarques relatives à la délégation à la CNDM et/ou au Comité de l'assurance, à la révision des valeurs P, au plafond, à l'activité minimale et au rôles respectifs de l'A.I.M. et du S.E.C.M. émises lors de la réunion de la CNDM du 29 mars 2012, il est proposé de modifier le paragraphe 19, de manière à ce qu'il se présente désormais comme suit :

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

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

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

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

" Délégation des valeurs P et fixation d'un plafond

M. VAN DE VELDE commente la décision de la Commission nationale dento-mutualiste (CNDM) d'avril 2012 visant à modifier la proposition de nomenclature formulée précédemment. Il a été demandé que la nomenclature

prévoie une délégation permettant à la CNDM (via le Comité de l'assurance ou non) d'apporter des modifications au plafond restant à fixer ainsi qu'aux valeurs P des prestations.

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

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

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

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

Texte de la nomenclature – article 6, § 19

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

> « §19. A toute prestation de l'article 5, il est attribué un coefficient de pondération P. L'intervention de l'assurance est soumise à la condition que pendant une période donnée qui ne peut être inférieure à 30 jours, qui comprend au moins xxx prestations portées en compte à l'assurance maladie par jour, le total des coefficients P ne peut dépasser yy P (moyenne journalière calculée pendant la période en question) ».

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

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

M. WILLEMS formule deux remarques au sujet de la proposition de nomenclature :
- D'abord, il estime préférable d'exprimer aussi l'activité minimale par une valeur P et non par un nombre de prestations.

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

Après discussion, et puisque le SECM devra appliquer concrètement cette disposition, il est proposé de ne pas changer pour le moment le texte actuel, mais de permettre au SECM de réagir encore, en application de l'avis susceptible d'être formulé sur une proposition de nomenclature. Le Conseil approuve la proposition de nomenclature. Le plafond et l'activité minimale à l'article 6, § 19.

M. SEIJNHAEVE, président, demande aux membres de fixer les chiffres suivants lors de la détermination du plafond :
1) Total annuel en « P »;
2) Nombre de jours de travail (pour définir un jour de travail une activité minimale doit être fixée par jour)
3) Moyenne journalière en « P ».

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

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

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

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

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

Les valeurs P des prestations de l'art dentaire

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

M. SEIJNHAEVE, président, propose les valeurs suivantes :

Code	Omschrijving	P
308534-308545	Piliers et ancrage 77	77
389572-389583	Supplément d'honoraires jour de pont	12
389594-389605	Bijkomend honorarium brugdag	9
389616-389620	Bijkomend honorarium	6

	brugdag	
389631-389642	Bijkomend honorarium brugdag	3
389653-389664	Bijomend honorarium brugdag	2
3x1136-3x1140	Supplément d'honoraires jour de pont consultation	1

Le Conseil attribue les valeurs P à ces prestations.

La liste avec les prestations article 5 et leurs valeurs P, se trouve en annexe. […]".

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

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

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

" a) La mission du 02/04/2012 donnée au Conseil technique dentaire

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

- Examiné la possibilité d'instaurer un mécanisme qui autorise une délégation à la CNDM et/ou au Comité de l'assurance pour la fixation du plafond et des valeurs P. De cette façon on peut répondre de manière plus flexible à certaines effets secondaires imprévus ou à des adaptations de la nomenclature et l'administration de ces critères sensibles reste aux mains des organes de concertation.
  Le 19/04/2012 le CTD a pris connaissance de l'avis de la direction juridique dans lequel il est affirmé que le Conseil d'Etat n'acceptera pas une telle délégation du Roi à un comité d'exécution, vu la portée généralisée des conséquences entraînées par la mesure. Le CTD est d'avis que la sécurité juridique maximale est prioritaire et ne désire pas de modifier sa proposition dans ce domaine. Dans l'avis juridique il est également signalé que les garanties demandées par la CNDM peuvent faire l'objet de clauses dans l'Accord national.

- Le Conseil technique dentaire a formulé les propositions suivantes quant aux valeurs encore à remplir :
  Plafond annuel en P : entre 43.500 P et 45.000 P

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

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

  Le CTD laisse à la CNDM de fixer [*sic*] définitivement les valeurs.

b) L'avis du SECM

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

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

c) Le coefficient P

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

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

d) Le fonctionnement de l'AIM

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

e) Le rôle du SECM

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

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

f) L'esprit de la mesure

Le CTD a pris connaissance de l'esprit de la mesure, tel qu'il a été expliqué lors de la réunion de la CNDM du 02/04/2012. L'objectif est de donner une arme supplémentaire au SECM dans leur lutte contre les outliers. Ceci veut dire que pour ces outliers, le montant total qui dépasse le plafond peut être réclamé, mais qu'il faut également contrôler la conformité de leurs prestations aux autres dispositions de la nomenclature. Ainsi l'obligation de remboursement pourrait s'étendre à une somme plus élevée que le seul dépassement du plafond.

g) Rapport au Roi

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

12. Le 24 avril 2012, la CNDM examine la proposition de modification de la nomenclature concernant la problématique des *outliers*.

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

" PROCES-VERBAL DE LA RÉUNION DU 24 AVRIL 2012

Première séance — 19H00 à 20H45,

…

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

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

M. PEETERMANS commente la note 2012-7.

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

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

La Commission nationale dento-mutualiste confirme cette constatation.

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

M. DE VOS signale que son organisme professionnel défend totalement le principe selon lequel les outliers doivent être poursuivis et qu'il doit être mis fin aux mécanismes frauduleux. Il n'est toutefois pas d'accord avec le principe de plafonnement utilisé à cet effet. La proposition telle qu'elle est proposée actuellement ne satisfait d'après lui pas à la mission confiée le 15 décembre 2011 au CTD, à savoir que le SECM ne peut récupérer le dépassement qu'après examen du volume moyen du praticien de l'art dentaire par jour ET de la réalité et la conformité des prestations avec la nomenclature. On l'a aussi constaté lors de la réunion précédente. La proposition a été renvoyée au CTD, mais il constate qu'elle n'a toujours pas été adaptée.

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

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

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

M. HANSON répète qu'il est absolument indispensable de limiter les excès. Il regrette que la Commission doive prendre l'initiative parce que les offices de contrôle ne disposent pas de suffisamment de mécanismes dans leur législation pour s'attaquer à la fraude. Il ne s'agit pas de l'économie calculée, car selon lui l'effet secondaire sera plus important. Il a pris connaissance des points f et g de la note qui pour lui, devraient constituer un fil conducteur évident pour le SECM.

C'est nécessaire avec cette mesure car dans le passé on a constaté que leurs campagnes d'information voyaient le jour sans concertation et qu'on se basait sur des critères erronés. L'organisation professionnelle reçoit par ailleurs régulièrement des plaintes concernant la manière irrespectueuse dont certains dentistes sont traités lors des contrôles. Malgré le manque de confiance, il faut avoir le courage d'éradiquer les fraudeurs. Pour cette raison, il espère que le SECM jouera son rôle comme il se doit. Si un collègue devait être désigné, alors le SECM dispose des moyens existants pour effectuer un contrôle et du facteur du plafond qui peut veiller à ce que chaque obturation attestée par erreur ne doive pas être prouvée, comme c'est le cas actuellement. Il espère aussi que le SECM tiendra compte du fait que le délai de 30 jours constitue un minimum et que dans les cas où il ne craint pas que le dispensateur de soins disparaisse rapidement, il puisse rallonger la période, cela éliminera l'effet du hasard de plusieurs semaines difficiles. Une évaluation très rapide doit être possible de sorte qu'en cas de problème on puisse immédiatement procéder à la correction. Si on constate que des collègues de bonne foi sont injustement victimes de cette procédure, le système doit pouvoir être supprimé.
Il signale finalement que le travail des derniers jours, où des profils ont été étudiés, a conduit à la constatation que la limite fixée par le CTD de 150 P n'est pas assez élevée. Il propose de porter la limite à 200 P.

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

M. HUBERT estime qu'il ne faut pas compliquer la vie des dentistes avec une nomenclature compliquée et avec un risque d'effets secondaires pervers si on ne vise réellement qu'une trentaine parmi eux. Il estime qu'une telle mesure ne doit pas être acceptée en échange d'une indexation partielle qui n'est jamais proportionnelle aux coûts annuels croissants dans un cabinet dentaire. Il propose de renvoyer le dossier au Conseil technique dentaire afin de trouver une mesure cohérente qui puisse être expliquée aux collègues et basée sur des critères économiques. On établit une liste d'outliers, mais il faut d'abord se demander quelle dynamique se cache derrière. Par exemple : dans la liste de 98 outliers ne figurent que 22 dentistes de la région wallonne. Les autres viennent de Flandre, comment cela se fait-il ?

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

M. DEVRIESE ajoute que l'avantage de cette mesure est que tout est fixé dans la nomenclature. Les organes de l'art dentaire disposent d'un droit d'initiative pour y apporter à tout moment des modifications, afin de tenir compte des évolutions. On commence par un système qui autorise une évaluation. Les offices de contrôle ont intérêt à manipuler la mesure avec prudence sans quoi elle pourrait de nouveau être

supprimée. En ce qui concerne le plafond, il propose 190 comme compromis entre le point de vue du VVT et les organismes assureurs.

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

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

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

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

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

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

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

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

La séance est suspendue.

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

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

Le résultat du vote est le suivant :

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

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

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

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

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

6 des 10 votes émis approuvent la proposition du président.

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

La Commission nationale dento-mutualiste marque son accord.

La séance est levée à 20 heures 45".

" [...]

PROCÈS-VERBAL DE LA RÉUNION DU 24 AVRIL 2012

Deuxième séance — 20H45 à 22H10.

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

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

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

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

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

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

Les voix sont comptées et donnent le résultat suivant :

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

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

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

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

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

6 des 10 votes émis approuvent la proposition du Président.

M. DE RIDDER, Président, constate qu'une double majorité est atteinte sur le banc des praticiens de l'art dentaire et qu'elle suffit conformément à l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur pour accepter la proposition.
De par l'approbation de la proposition d'adaptation de la nomenclature en vue de limiter les outliers et de par la constatation faite lors de la séance précédente concernant la sous-estimation d'au moins 11.434,000 EUR du trend des dépenses 2012. Il est satisfait aux conditions convenues le 15/12/2012 pour indexer les tarifs 2011 de 2.99 % au 1/5/2012.
La Commission nationale dento-mutualiste approuve la proposition formulée par le Président et décide de la transmettre au Comité de l'assurance. II prend connaissance de la hausse d'indexation à partir du 1/5/2012".

13. Le 6 juin 2012, la Commission de contrôle budgétaire émet un avis positif sur le projet.

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

On peut y lire ce qui suit

" CONTENU :

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

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

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

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

Motivation :

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

IMPACT BUDGETAIRE :

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

[…]".

15. Le 11 juin 2012, le Comité de l'assurance décide de transmettre le projet d'arrêté royal à la ministre.

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

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

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

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

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

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

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

M. DE RIDDER, fonctionnaire dirigeant, signale qu'il s'agit d'un montant de l'ordre de 450.000 EUR pour des remboursements cumulés sur une base annuelle et seulement des remboursements. La masse d'honoraires réalisés est donc encore supérieure étant donné, entre autres, les tickets modérateurs. La raison pour

laquelle il a été délibéré à ce sujet au sein de la dento-mut n'est pas due au fait que le SECM n'agit pas mais bien parce qu'on rencontre ici un phénomène de carrousels où des pratiques organisées sont créées avec des dentistes différents. Il est très important que l'on puisse rapidement intervenir, constater que des pratiques anormales ont cours et réagir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Cet arrêté se présente comme suit :

" Article 1er. A l'article 5 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance

obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 24 avril 2012, les modifications suivantes sont apportées :

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

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

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

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

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

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

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

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

9° en ce qui concerne les prestations 373973-373984, 373575-373586 et 303575-303586, les mots «P 11» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

10° en ce qui concerne les prestations 374474-374485, 374555-374566, 304555-304566 et 389572-389583, les mots «P 12» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

11° en ce qui concerne les prestations 374312-374323, 377134-377145, 304312-304323 et 307134-307145, les mots «P 7» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

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

Art. 2. L'article 6 de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 24 avril 2012, est complété par le paragraphe 19 rédigé comme suit :
«§ 19. A chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P.
L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : pour une période donnée qui ne peut être inférieure à 30 jours comportant au moins 6 prestations portées en compte à l'assurance maladie et invalidité par jour, la moyenne journalière des coefficients P calculée sur la période concernée ne dépasse pas 200 P».

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

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

17. Par son arrêt n° 228.830 du 21 octobre 2014, le Conseil d'Etat annule cet arrêté royal pour défaut de fondement légal.

18. Le 23 décembre 2014, la CNDM adopte l'accord national dento-mutualiste pour les années 2015 et 2016, dont l'article 8 se présente comme suit:

" 8. MESURES ANTI-FRAUDE.

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

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

1. Réinstaurer un mécanisme de nomenclature avec des valeurs P visant à limiter les outliers dans l'art dentaire.
2. Supprimer la possibilité d'appliquer le régime du tiers payant pour les prestations dentaires réalisées chez les bénéficiaires se trouvant dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse (cf. article 6, alinéa 2, 5°, de l'AR du 10.10.1986). La CNDM estime que cette clause - qui sert parfois de tremplin vers la fraude - est devenue superflue étant entendu que d'autres dispositions offrent déjà une protection sociale suffisante (comme le régime tiers payant, l'intervention majorée, le maximum à facturer et statut de personne atteinte d'une affection chronique).
3. Contraindre sur le terrain l'application effective de la délivrance d'une quittance ou d'une note d'honoraires par le praticien de l'art dentaire au patient dans le cadre du régime du tiers payant (cf. article 4*bis*, § 2, de l'AR du 10.10.1986), et, en attendant la facturation électronique, en conservant dans le dossier du patient un double de cette note. Cette mesure doit permettre au patient d'être informé systématiquement des montants et des soins qui lui ont été facturés. Les organismes assureurs informeront leurs affiliés des soins portés en compte notamment via le tiers payant et assureront un suivi du profil de consommation de leurs affiliés.
4. Lecture obligatoire de l'eID dans le cadre de la facturation électronique via Mycarenet.

Ces mesures, desquelles les 3 premières entreront en vigueur le 1/7/2015 au plus tard (la mesure de délivrance de la quittance en cas de situations d'exception de l'article 6, 2e alinéa de l'AR 10.10.1986, entrera en vigueur à partir du 1/2/2015), permettront d'économiser un montant de 5,3 million EUR sur base annuelle.

8.2. La CNDM est d'avis que la non perception systématique du ticket modérateur en combinaison, ou pas, avec l'application du régime tiers payant, peut être une indication d'attestation impropre des prestations dentaires. La CNDM propose, comme norme, que chaque praticien de l'art dentaire doit au moins dans 70 % des prestations attestées par lui, porter en compte le ticket modérateur total au bénéficiaire. Les modalités pratiques pour l'application et la suivi de la norme, pour toutes les praticiens de l'art dentaire, seront développées par la CNDM au plus tard le 1 juillet 2015. Les modalités pratiques seront reprises dans un AR qui entrera en vigueur le 1 janvier 2016".

19. Le 22 janvier 2015, le Conseil technique dentaire se réunit et examine de nouvelles propositions visant à l'adoption d'un système semblable à celui annulé par le Conseil d'Etat.

On peut lire ceci dans le procès-verbal de sa réunion :

" II. VALEURS P

1. Proposition de règle interprétative

Le Secrétaire présente la note TTR 15-01.

M. GUILLAUME, expert, commente les simulations reproduites en annexe de la note TT 15-01.

M. LAURENT se rappelle que dans le passé 5 % des dentistes équivalaient à environ 10 % du budget. Si on examine les résultats de cette simulation, on s'aperçoit que de moins en moins de dentistes sont ciblés, les critères paraissant relativement élevés.

Le Secrétaire observe qu'il est fait référence ici aux outliers qui ont été déterminés sur la base de la formule Q3+ 2x(Q3-Q1). En 2010, nous recensions 93 outliers, se rappelle-t-il. Sur la base des derniers chiffres, soit de 2013, on est défini comme outlier si on a un profil à partir de 309.000 euros. En 2013, on comptait 84 outliers.

M. HELDERWEIRT trouve dommage que les maîtres de stage ne soient pas mentionnés ici ; moyennant une correction, leurs profils probables peuvent être obtenus.

M^{me} DEVRIESE estime que c'est bien que les maîtres de stage n'apparaissent pas ici, cette simulation étant ainsi correcte et réelle. Il juge important que les stagiaires doivent attester eux-mêmes leurs prestations depuis la fin du mois d'août 2014; dans le même sens, les profils des accompagnateurs d'étudiants aux universités doivent également être apurés.

Le Secrétaire communique ses constatations au sujet des résultats de la simulation :

- Peu nombreux sont les dentistes enregistrés qui sont actifs un nombre restreint de jours, des praticiens présentant le profil de dentiste étranger. Il est cependant d'avis que peu de ces dentistes sont sélectionnés sous la règle annulée.
- La plupart des dentistes enregistrés sont des outliers sur la base du profil Q3+ 2x(Q3-Q1).

Le Secrétaire poursuit la présentation de la note TTR15-01 et lit la proposition de texte de la nouvelle règle d'application.

M. MOUSSET observe que dans la simulation AIM, 2 critères ont été proposés avec des jours ouvrés qui n'entrent pas en ligne de compte dans la proposition de texte. Ces 2 critères s'adressent plutôt aux dentistes «volatiles». Actuellement, ce groupe est peut-être encore restreint, mais nous devons être proactifs sur ce plan.

M. BRONCKAERS dit que nous devons effectuer un choix ; nous n'atteignions pas non plus tout le monde avec la mesure annulée. La proposition de texte figurant dans la note TTR15-01 offre davantage de sécurité juridique, et il ressort de la simulation que nous touchons un groupe restreint de véritables outliers. Les médecins-conseils peuvent par ailleurs toujours proposer au SECM de radioscoper des pratiques. Il songe ici à un circuit parallèle basé sur l'observation.

M. LAURENT souhaite une proposition de texte simple pour intégrer la sécurité juridique. Il fait référence au dispensateur 87 qui présente un profil particulier, mais pour lequel il n'est pas évident d'établir une réglementation claire.

M. VRANCKX, expert, estime que nous disposons d'autres instruments en terme d'investigation pour certains profils extraordinaires. Il dit qu'il est proposé ici que le Conseil souscrive à la proposition de la note TT15-01 et fixe lui-même le plafond pour procéder en outre à une évaluation dans un délai déterminé. Les dentistes « étrangers » seront également détectés par le truchement d'autres systèmes que la nomenclature. Avec le concours des SPF Santé publique et Justice,

M. De Cock entend mieux suivre ce type de dentistes en mettant en commun les données.

M. VANDE VANNET demande si cette simulation concerne aussi des dentistes spécialistes. Est-il sensé d'intégrer ce groupe dans le système des valeurs P puisqu'ils n'ont accès qu'à une nomenclature limitée.

Le Président relève des abus dans chaque groupe et ne trouve pas qu'il y a lieu de faire de distinction.

M. GUILLAUME répond que les dentistes spécialistes n'ont fait l'objet d'aucune sélection dans la présente simulation.

M. VANDE VANNET signale qu'il y a lieu à l'avenir de revoir aussi le plafond P en cas d'extension de la nomenclature. Sinon, les praticiens évolueront automatiquement vers un profil outlier.

M. BRONCKAERS est d'avis qu'il faut le faire en effet pour les soins qui sont effectués aujourd'hui et qui seraient repris plus tard dans la nomenclature. Par ailleurs, il ne pense pas qu'il y a lieu de faire une distinction pour les dentistes spécialistes.

M. WILLEMS formule des questions quant à la récupération. Supposons qu'un dentiste sélectionné dépasse le plafond, comment opérer la conversion en termes financiers ?

M. MOUSSET précise qu'il convient de récupérer maintenant prestation par prestation. La règle d'application proposée au § 19 permet de récupérer plus rapidement et mieux. Tout ce qui dépasse le plafond est récupéré et ce, sur base des remboursements perçus par le dispensateur dans cette même période. Cela se fera dossier par dossier. Le Président constate que la proposition de texte figurant dans la note TTR15-01 ne fait l'objet d'aucune autre remarque.

2. Les valeurs P

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

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

M. VANDE VANNET déclare qu'il ne peut marquer son accord sur les valeurs P octroyées aux prestations orthodontiques.

Le Président attire l'attention des membres du Conseil sur les valeurs P figurant à l'annexe de la note TTR15-02, et constate qu'aucune autre remarque n'est formulée.

Le Conseil marque en attendant son accord sur l'analyse explicative réalisée dans la note TTR15-02.

3. Les plafonds P

M. MESTRUM dit avoir pris connaissance des explications du Service et des experts. Quant aux dentistes « étrangers », il a été rassuré par l'annonce des mécanismes de contrôle alternatifs. Ensuite, il trouve que la proposition doit anticiper sur un nouveau dossier éventuel au Conseil d'Etat, et les objectifs budgétaires de l'Accord national doivent être atteints sur le plan financier. Comme il y a peu de différence entre les résultats des 3 simulations de plafond, il préfère la combinaison de 5000P/mois, 13000P/trimestre et 46000P/an.

Le Président constate qu'il semble se dégager un accord sur les bancs au sujet de la proposition examinée.

* *
*

Le Président soumet à l'approbation du Conseil la proposition de nomenclature suivante, soit l'insertion d'une nouvelle règle d'application à l'article 6 de la nomenclature, ainsi que les valeurs P figurant à l'annexe, qui doivent être attribuées à toutes les prestations de l'article 5 de la nomenclature :

La disposition de nomenclature à insérer dans l'article 6 de la nomenclature :

A chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P représentant la partie de l'acte (examen ou traitement) qui requiert obligatoirement la qualification de praticien de l'Art dentaire. Le coefficient P ne reflète pas l'intervention d'un tiers non praticien de l'Art dentaire ni le coût du matériel utilisé ni l'amortissement des moyens utilisés.
L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : le total des valeurs P ne peut pas dépasser :
- 5000 P pour une période donnée d'un mois civil :
- ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1er janvier ou le 1er avril ou le 1er juillet ou le 1er octobre;
- ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile.

Moyennant un vote négatif, le Conseil approuve la proposition de modification de la nomenclature.

M. MOUSSET, représentant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, ne formule aucune remarque sur la proposition et émet un avis positif.

Aux fins de rendre cette décision applicable à court terme et eu égard au caractère urgent de ce dossier, le Président décide de lancer une consultation écrite en application de l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur".

Au procès-verbal de cette réunion est jointe une annexe CTR 15-01 qui reprend, pour chaque prestation de santé, l'honoraire qui y est attaché, la proportion de travail du praticien, la valeur P arrondie et la valeur P non arrondie.

20. Le lendemain, dans le cadre de la consultation écrite, un membre du Conseil technique dentaire, qui marque par ailleurs son accord sur le texte et sur les

valeurs proposés, émet l'observation selon laquelle il convient de préciser que les limitations concernent chaque praticien.

21. Dans le courant du mois de janvier 2015, le Service des soins de santé de l'INAMI établit une note CNDM 2015/02 ayant pour objet de modifier la nomenclature afin de limiter les *outliers*.

Cette note expose ce qui suit :

" CONTENU :

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

1. La mesure

L'identification des outliers est effectuée sur la base d'une formule (voir annexe 1) qui est quasiment identique à celle qui existe dans la nomenclature de la kinésithérapie. En d'autres termes, ces plafonds sont instaurés en matière de prestations attestables pour des périodes fixes. Contrairement à la kinésithérapie, une valeur plafond est prévue pour la période d'un mois civil et l'on exprime la limitation en termes de valeurs P. Les 3 critères suivants ont été instaurés :

«Le total des valeurs P ne peut pas dépasser :
- 5000 P pour une période donnée d'un mois civil :
- ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1er janvier ou le 1er avril ou le 1er juillet ou le 1er octobre;
- ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile».

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

Pour la fixation des valeurs plafond, on est parti de la valeur 200P qui figurait déjà dans la mesure annulée. Partant de la valeur limite de 200P par journée de travail, cela signifie par exemple qu'un dispensateur ne dépasse les critères que lorsqu'il/elle :
- était acti(ve)f au moins 25 jours à P200;
- ou, au cours d'un trimestre, était actif 65 jours à P200;
- ou, au cours d'une année, était actif 230 jours à P200.

2. Les valeurs P

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

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

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

3. Simulation de la mesure

L'application de la mesure proposée a aussi été simulée lors de la préparation du CTD. Vous trouverez les résultats de cette simulation dans l'annexe 3. Ils indiquent que 23 dentistes dépassent les critères au cours d'une période de 12 mois. Puisque les 12 mois examinés ne couvrent pas une année civile, le critère du trimestre comme période de base n'a pas pu être examiné totalement, de ce fait quelques « outliers » n'ont peut-être pas été comptabilisés.

La mesure a néanmoins mis en évidence les outliers initialement visés. Une grande partie n'a toutefois pas été atteinte sachant que la limite des outliers pour 2013 était fixée à 309.044 EUR, soit pour 84 dentistes.

Le CTD propose que l'on prévoit une évaluation du mécanisme proposé, après qu'il ait été appliqué pendant plusieurs années.

4. Opérationalisation de la mesure

L'application de la mesure sera effectuée selon la même méthode que celle prévue dans la mesure annulée, c'est-à-dire agir promptement et prévoir un suivi structurel. L'AIM appliquera la nouvelle disposition lors d'une première livraison des données de consommation à partir de la période suivant l'entrée en vigueur de la mesure et pointera les dentistes qui dépassent les plafonds pour les transmettre ensuite à la SECM. Ce dernier constatera les faits de non-conformité aux règles, il sera ensuite décidé de la suite à donner au dossier.

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

revenus annuels qu'une part infime de praticiens de l'art dentaire perçoivent de l'assurance maladie obligatoire prennent des proportions irréalistes, c'est-à-dire qu'ils ne peuvent pas être engendrés par un mode d'attestation correcte et/ou moyennant la préservation d'une qualité minimale des prestations effectuées.

IMPACT BUDGETAIRE :

La réintroduction du mécanisme de la nomenclature avec valeurs P afin de limiter les outliers dans l'art dentaire fait partie des mesures anti-fraude de l'accord national dento-mutualiste 2015-2016. La prévention et la lutte contre la fraude dans le cadre de l'assurance maladie obligatoire est un des points principaux de l'accord.

La limite outlier 2013 – càd 309.044 euro – a été dépassée par 84 praticiens de l'art dentaire, ce qui aboutit à un montant dépassant 5,408 million d'euros.

Pour l'ensemble de ces mesures anti-fraude un montant d'économie de 4,421 million d'euro sur base annuelle a été inscrit dans l'objectif partiel dentaire : dans les estimations techniques un montant de 1,771 million d'euro a été maintenu, ce qui a été augmenté de 2,65 million d'euro suite à l'Accord 2015-2016.

Le total pour la lutte anti-fraude est estimé à 5,408 million d'euro.
[…]".

A cette note sont joints un projet de norme à ajouter dans l'article 6 de la nomenclature des prestations et un tableau reprenant la valeur P octroyée à chaque prestation.

La note visée au troisième alinéa du point 2 de cette note porte la référence "CNDM 2015-02 add. (cfr. nota TTR 2015-02)" et se présente comme suit :

" Valeurs P

Contexte

Dans son rapport, l'auditeur du Conseil d'état a indiqué que la disposition § 19 annulée n'était pas claire quant à la manière dont un % de quote-part matériel était attribué aux prestations, ce qui constitue un élément important pour expliquer la valeur P de chaque prestation.

Pour les prestations avec du matériel, cette note fournit une explication plus précise quant à la façon dont la quote-part a été fixée.

Explication au sujet des codes comprenant du matériel

I. Traitements préventifs.

- 10 % coût de matériel lors du détartrage, du nettoyage et du scellement pour la pâte à polir, la résine synthétique, le gel de mordançage en l'usure des instruments de travail.

II. Extractions.

- 10 % coût de matériel lors des extractions de dents ou racines pour le matériel d'anesthésie et l'usure des instruments de travail.
- 20 % coût matériel lors des sutures de plaies pour le fil de suture.

III. Parodontologie.

- 20 % coût de matériel lors du nettoyage sous-gingival pour le matériel d'anesthésie et l'usure des instruments de travail.

IV. Soins conservateurs.

- 20 % coût de matériel lors des obturations pour le matériel d'anesthésie, l'usure des instruments de travail et le matériel d'obturation.
- 40 % coût de matériel lors des traitements radiculaires pour le matériel d'anesthésie, l'usure des instruments de travail, le matériel d'irrigation, les points papier.
- 10 % coût de matériel pour coût de la digue et le matériel adhésif pour les codes 3x3612-3x3623 et 3x3560-3x3601.
- 25 % coût de matériel pour la couronne de confection pour le code 374474-374485.

V. Orthodontie.

- 20 % de coût matériel était initialement prévu pour le code 305594-305605 (avec P8), qui a été ventilé au mois d'avril 2014 en 305550-305561 et 305572-305583.
- 10 % de coût de matériel pour l'usure des instruments de travail et des éventuels éléments de remplacement pour les codes 305616-305620, 305653-305664 et 305734-305745.
- 66% de coût de matériel pour l'appareil orthodontique pour les codes 305631-305642 en 305675-305686.
- 95 % de coût de matériel pour la reproduction complète des modèles pour le code 305874-305885.
- 50 % de coût de matériel pour l'appareillage qui fait part du remboursement complet des codes 305933-305944 et 305955-305966.

VI. Prothèses amovibles.

- 50 % de coût de matériel pour les prothèses amovibles pour le matériel d'empreinte, l'alginate, le matériel d'empreinte de précision, la confection de gouttières, le placement des dents et la confection d'une prothèse dans un laboratoire dentaire
- 75 % de coût de matériel lors des traitements sur prothèses pour le remboursement du laboratoire dentaire et la prise d'empreintes avec de l'Aligate et/ou du matériel d'empreinte.

VII. Implants oraux.

65-67 % coût de matériel pour les implants, l'usure du matériel nécessaire pour la pose des implants ; l'achat de piliers et les ancrages chez les codes 308512-309523 en 308534-388545.

[…]".

22. Le 27 janvier 2015, la CNDM se réunit et examine le dossier.

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

" M. VAN MEENEN présente la note 2015-02 comprenant une proposition de modification de la nomenclature décidée par le Conseil technique dentaire (CTD) le 22 janvier 2015. Parce que le règlement d'ordre intérieur du CTD stipule que les décisions du CTD ne sont applicables qu'après approbation du projet de procès-verbal de la réunion concernée, une consultation électronique a été entamée qui se termine demain. Jusqu'à présent, une seule remarque technique a été formulée, à savoir, qu'il y a lieu, à titre de précision, de mentionner expressément que les totaux des valeurs P ne peuvent pas être dépassés « par praticien de l'art dentaire ».

M. DEVRIESE estime qu'il est important que cela soit mentionné explicitement, même si on peut le déduire du contexte.

M. WILLEMS demande comment le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (SECM) calculera le montant qui doit être récupéré lorsqu'un dentiste individuel a dépassé le total de valeurs P. Il a posé la question oralement au sein du CTD et a reçu une réponse à ce sujet. Il demande que cela soit développé par écrit et repris dans le dossier lorsque ce dernier sera soumis au Comité de l'assurance. Il estime que c'est important que la clarté soit faite à ce sujet.

M. LAURENT aussi souhaite des précisions au sujet de la méthodologie et souhaite savoir qui se chargera de l'examen de la question.

M. DE RIDDER, dit que cette question sera soumise au SECM. La réponse sera traitée dans la note au Comité de l'assurance. Le CTD et le SECM en seront également informés.

Dans la note au Comité de l'assurance l'application de la mesure est formulée de la façon suivante :

> «Dans le cadre de la règle de non-conformité comme reprise dans l'article 73*bis*, § 2 de la loi SSI, qui est d'application en cas de dépassement du plafond P, la valeur du remboursement sera correspond au dommage financier subi par l'assurance soins de santé, estimé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux (article 142, § 1, de la loi SSI). Le dépassement du plafond P exprimé en pourcentage pour une période concernée (par mois, trimestre, an), servira pour déterminer le dommage financier subi par rapport au montant global remboursé pour la même période».

M. HANSON fait remarquer qu'il n'existe pas de « taux de change fixe » qui transpose une valeur P en un certain nombre d'euros. Pour son organisation il est surtout important qu'il y ait une certaine clarté sur le terrain et que les collègues ne soient pas inutilement dérangés. Il lui semble qu'il vaudrait mieux remplacer le terme 'ou' entre les totaux pour un mois civil et un trimestre par « et ». Il demande aussi si le SECM procédera à la récupération lors de chaque constatation de dépassement.

A la dernière question, M. VAN MEENEN répond qu'au sein du CTD le représentant du SECM a affirmé qu'en cas de dépassement, chaque dossier sera examiné, ce qui entraînera éventuellement une récupération.

Au sujet du remplacement de « ou » par « et » comme proposé par M. HANSON, M. GUILLAUME estime que l'objectif est en effet que le praticien de l'art dentaire reste en deçà de chaque total de valeurs P fixé. Sinon on accepte qu'un praticien de l'art dentaire qui travaille énormément pendant un mois et compense cela en prestant beaucoup moins les deux mois suivants. Cela ne cadre pas dans la lutte

pour un travail de qualité et la lutte contre la fraude. Le mot « ou » a donc parfaitement sa place.

M. LAURENT soutient cette affirmation et souligne que si les deux seuils doivent être dépassés, encore moins d' « outliers » pourront être détectés grâce à cette mesure.

Après cette explication, M. HANSON marque son accord pour maintenir le mot « ou ». Il plaide pour une évaluation après un an et donc plus tôt que les « quelques années » apparemment proposées par le CTD.

M. DE RIDDER, signale que la situation dans laquelle un praticien de l'art dentaire dépasse le total de 5000 valeurs P pour un mois, sera donc concernée par cette mesure. Le CTD a aussi expliqué la fixation des valeurs P. Les membres retrouveront cette explication par groupe de prestations très proches dans le document distribué (qui deviendra la note CNDM 2015-02add).

M. VAN MEENEN explique que le CTD a élaboré cette analyse pour expliquer pourquoi pour certaines prestations avec matériel (et éventuel temps investi par un tiers) une correction a été apportée au tarif, qui a été pris comme point de départ pour la fixation de la valeur P. Cette valeur représente l'investissement en travail du dentiste et non pas par exemple le coût du matériel.

M. HANSON fait remarquer lors de l'analyse concernant les prothèses amovibles, la formulation « le coût de l'aide médicale sur mesure » est meilleure. M. DE CROOCK ajoute que le « matériel d'obturation » doit également être mentionné lors des traitements du canal radiculaire.

Le CNDM décide d'ajouter ces éléments dans l'analyse.

M. HUBERT n'a pas de remarques ; il s'étonne toutefois que la fixation des quotes-parts des coûts se soit conclue si rapidement ; le calcul des coûts dans la volumineuse étude du professeur De Lembre n'a pas été si facilement acceptée.

M. BRONCKAERS précise que les valeurs P sont basées sur les honoraires « diminués » du coût du matériel utilisé, de l'éventuel temps investi par des tiers et des amortissements pour la pratique. Il souligne que ces valeurs ont vu le jour sur la base des opinions communes d'experts au sein du CTD.

M. DE RIDDER, affirme que les précisions et informations demandées figureront dans le dossier. Il demande ce que la Commission décide concernant la proposition de modification de la nomenclature proposée.

La CNDM décide de transmettre la proposition de modification de la nomenclature « valeurs P » figurant dans la note CNDM 2015-02 à la Commission de contrôle budgétaire et au Comité de l'assurance, sous réserve du résultat de la consultation électronique qui se termine le 28 janvier 2015 afin de rendre exécutoire la décision du Conseil technique dentaire".

23. Le 3 février 2015, le Service des soins de santé de l'INAMI établit une note CSS 2015/041 à l'intention du Comité de l'assurance où un projet d'arrêté royal est présenté et exposé.

24. Le 11 février 2015, la Commission de contrôle budgétaire de l'INAMI rend un avis positif sur le projet de modification à apporter aux articles 5 et 6 de la nomenclature des prestations de santé.

25. Le 23 février 2015, le Comité de l'assurance de l'INAMI examine le projet et décide de le transmettre au ministre.

26. Le 16 mars 2015, l'inspecteur des Finances rend un avis favorable sur le projet d'arrêté.

27. Le 3 avril 2015, le ministre du Budget marque son accord sur le projet d'arrêté.

28. Le 11 mai 2015, la section de législation du Conseil d'Etat rend l'avis n° 57.411/2 sur le projet d'arrêté royal.

Cet avis, rendu en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'Etat, de telle manière que ce dernier a limité son examen au fondement juridique du projet, à la compétence de l'auteur de l'acte et à l'accomplissement des formalités préalables, se limite à une remarque formelle.

29. Le 2 juin 2015, est adopté un arrêté royal modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités.

Cet arrêté, qui constitue l'acte attaqué et qui est publié au Moniteur belge le 12 juin 2015, se présente comme suit :

" Article 1er. A l'article 5 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 25 septembre 2014, les modifications suivantes sont apportées :

1° en ce qui concerne les prestations 371011-371022, 371092-371103, 371114-371125, 371070-371081, 371556-371560, 371571-371582, 371254-371265, 374371-374382, 374872-374883, 379050-379061, 379072-379083, 377016-377020, 301011-301022, 301092-301103, 301114-301125, 301070-301081, 301254-301265, 304371-304382, 304872-304883, 304916-304920, 309050-309061, 309072-309083, 307016-307020, 305616-305620, 305653-305664, 305734-305745 et 389616-389620, les mots «P 3» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

2° en ce qui concerne les prestations 371033-371044, 374850-374861, 374754-374765, 301033-301044, 301276-301280, 301291-301302, 301313-301324, 301335-301346, 301350-301361, 304850-304861, 304894-304905, 304754-304765, 305550-305561, 305572-305583 et 305830-305841, les mots «P 4» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

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

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

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

6° en ce qui concerne les prestations 373833-373844, 373914-373925, 374415-374426, 377090-377101, 377274-377285, 379131-379142, 379153-379164, 304415-304426, 307090-307101, 307274-307285, 309131-309142 et 309153-309164, les mots «P 6» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

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

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

9° en ce qui concerne les prestations 373973-373984, 373575-373586 et 303575-303586, les mots «P 11» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

10° en ce qui concerne les prestations 374474-374485, 374555-374566, 304555-304566, 305955-305966 et 389572-389583, les mots «P 12» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

11° en ce qui concerne les prestations 374312-374323, 377134-377145, 304312-304323 et 307134-307145, les mots «P 7» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

12° en ce qui concerne les prestations 374570-374581, 373656-373660 et 304570-304581, les mots «P 16» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;

13° en ce qui concerne les prestations 378954-378965, 378976-378980, 306832-306843, 306854-306865, 306876-306880, 306891-306902, 306913-306924 et 306935-306946, les mots «P 38» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
14° en ce qui concerne les prestations 377230-377241, 307252-307263 et 307230-307241, les mots «P 17» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
15° en ce qui concerne la prestation 301372-301383, les mots «P 15» sont ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
16° en ce qui concerne les prestations 307731-307742, 307753-307764, 307775-307786, 307790-307801, 307812-307823, 307834-307845, 307856-307860, 307871-307882, 307893-307904 et 307915-307926, les mots «P 24» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
17° en ce qui concerne les prestations 307930-307941, 307952-307963, 307974-307985 et 307996-308000, les mots «P 26» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
18° en ce qui concerne les prestations 308011-308022, 308033-308044, 308055-308066 et 308070-308081, les mots «P 28» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
19° en ce qui concerne les prestations 308092-308103, 308114-308125, 308136-308140 et 308151-308162, les mots «P 33» sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
20° en ce qui concerne les prestations 308512-308523 et 308534-308545, les mots "P 77" sont à chaque fois ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
21° en ce qui concerne la prestation 305874-305885, les mots «P 0» sont ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient;
22° en ce qui concerne les prestations 373634-373645 et 305933-305944, les mots «P 10» sont ajoutés sous la lettre clé et le nombre-coefficient.

Art. 2. L'article 6 de la même annexe, modifié en dernier lieu par l'arrêté royal du 2 octobre 2014, est complété par le paragraphe 19 rédigé comme suit :
«§ 19. A chaque prestation de l'article 5 est attribué un coefficient de pondération P représentant la partie de l'acte (examen ou traitement) qui requiert obligatoirement la qualification de praticien de l'Art dentaire. Le coefficient P ne reflète pas l'intervention d'un tiers non praticien de l'Art dentaire ni le coût du matériel utilisé ni l'amortissement des moyens utilisés.
L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : le total des valeurs P ne peut pas dépasser, par praticien de l'art dentaire :
- 5000 P pour une période donnée d'un mois civil :
- ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1er janvier ou le 1er avril ou le 1er juillet ou le 1er octobre;
- ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile».

Art. 3. Le présent arrêté entre en vigueur le 1er juillet 2015.

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

IV. Premier moyen

IV. 1. Thèses des parties

A) Requête en annulation

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

Il indique, dans une première branche, que l'acte attaqué a pour conséquence de contraindre le dentiste qui a dépassé le quota de points P fixé par l'acte attaqué à un remboursement ainsi qu'à des sanctions administratives et pénales dont la nature et l'ampleur ne sont pas prévisibles; que, bien que l'acte attaqué soit présenté comme fixant une condition de remboursement des prestations de dentistes, il établit une présomption irréfragable de fraude à charge du praticien qui adopte un comportement particulier; que ce n'est qu'en examinant toutes les prestations attestées par un dentiste – opération qui n'intervient qu'en analysant les attestations déposées auprès de tous les organismes assureurs – que le dépassement pourra être décelé; que l'organisme assureur n'aura pas la possibilité d'éviter que soient portées en compte des prestations effectuées en dépassement du quota de points P; que l'acte attaqué, qu'il instaure une condition de remboursement ou qu'il établisse une présomption de fraude, doit respecter le principe de sécurité juridique, en vertu duquel le contenu du droit doit en principe être prévisible et accessible de sorte que le sujet de droit puisse prévoir, à un degré raisonnable, les conséquences d'un acte déterminé au moment où cet acte se réalise; que l'acte attaqué ne permet pas de déterminer les prestations précises qui devraient faire l'objet d'un remboursement; que les conséquences en cas de dépassement du quota ne sont en effet pas déterminées clairement et ne sont donc pas prévisibles; qu'on pourrait considérer que ce sont toutes les prestations effectuées pendant une période qui sont irrégulières dès que le quota est dépassé, de sorte que des prestations régulièrement effectuées deviendraient ultérieurement non remboursables; qu'on pourrait considérer, comme le soutenait l'Etat belge dans le cadre de la procédure dirigée contre l'arrêté royal du 17 janvier 2013, que ce ne sont que les prestations excédentaires qui doivent faire l'objet d'un remboursement, mais alors il n'est pas possible de déterminer les prestations précises qui doivent être remboursées (celles du début du mois/trimestre/année ou celles de la fin du mois/trimestre/année…); que, s'il s'agit des premières prestations de la période, il en résulterait qu'elles deviendraient irrégulières en fin de période alors que, lorsqu'elles

ont été réalisées, elles étaient régulières; que s'il s'agit des dernières prestations de la période, elles deviendraient non régulières alors même qu'il pourrait ne s'agir que de la seule prestation sur une journée, qui ne pourrait être irrégulière du fait d'une éventuelle surcharge de travail et qui ne pourrait être sanctionnée au vu de l'objectif de la mesure; et que ce flou se répercute sur la sanction administrative visée par l'article 142 de la loi AMI puisque le montant de celle-ci est fixé par référence au montant à rembourser.

Il avance, dans une deuxième branche, que l'acte attaqué ne permet pas au dentiste de déterminer si les prestations réalisées seront remboursables au moment où il les accomplit ni s'il s'expose à des sanctions pénales ou administratives; que le praticien n'est pas en mesure de connaître en tout temps son quota de points P et/ou de savoir si la prestation qu'il effectue sera finalement remboursable ou non; que, premièrement, le praticien ne peut être certain que toutes les prestations effectuées seront finalement portées en compte puisque la délivrance d'attestations de soins donnés ne signifie pas automatiquement que les prestations seront finalement portées en compte; que, d'une part, certaines prestations faisant l'objet d'une ASD peuvent ne jamais être portées en compte (un patient peut s'abstenir de déposer une attestation ou peut la déposer après l'expiration de la période où la prestation a été effectuée); que, d'autre part, une ASD peut ne pas *in fine* être portée en compte (défaut d'assurabilité du patient, périodicité de certaines prestations); que, deuxièmement, les quotas sont fixés de manière telle que, même en respectant les quotas mensuels ou trimestriels, un praticien pourrait excéder les quotas trimestriels ou annuels et ne pas être remboursé; que, si la sanction est le non-remboursement de toutes les prestations effectuées pendant la période, c'est l'ensemble de la pratique qui sera considérée comme infractionnelle, alors même qu'elle ne l'était pas pendant tout un temps; qu'à supposer qu'il s'agisse des prestations excédentaires, le dentiste pourrait ignorer les avoir commises (par exemple, le quota trimestre ne serait dépassé qu'en raison des prestations effectuées le dernier mois du trimestre, qui pourrait pourtant être moins chargé que les deux premiers, sur lesquels il serait normal d'imputer les points P, alors que ces prestations étaient régulières); et que ce manque de clarté est d'autant plus dommageable que le non-respect du quota de points P peut donner lieu à des sanctions administratives ou à des sanctions pénales.

Il soutient, dans une troisième branche, que rien ne justifie que les quotas de points P mensuels, trimestriels et annuels ne soient pas fixés de manière proportionnelle; qu'il appartiendra à la partie adverse de justifier son choix au moyen du dossier administratif; qu'il n'aperçoit pas ce qui permet à la fois qu'un dentiste soit autorisé à effectuer 5000 P par mois et 13000 P par trimestre, mais pas à excéder

13000 P par trimestre et 46000 P par an; et que cette dégressivité conduit à une situation où le dentiste sera tenu d'arrêter de travailler certains jours en fin de période.

B) Mémoire en réponse

La partie adverse répond, quant aux deux premières branches, que, selon la Cour constitutionnelle, le principe de sécurité juridique implique que le contenu du droit soit accessible et prévisible afin que le justiciable puisse prévoir, à un degré raisonnable, les conséquences d'un acte déterminé au moment où il se réalise; que la Cour constitutionnelle a ainsi jugé, dans son arrêt n° 114/2007 du 19 septembre 2007, que "[le] principe [de sécurité juridique] ne pourrait, en effet, aller jusqu'à exiger que le montant des contributions versées par chaque firme pharmaceutique soit déterminé *in concreto* avant même de connaître l'importance du déficit qui justifie le prélèvement effectué par l'INAMI de sommes mises à sa disposition dans le fonds provisionnel"; que, dans son arrêt n° 60/2010 du 27 mai 2010, la Cour constitutionnelle a admis que l'intervention de la sécurité sociale pour des prestations données n'est pas déterminée à l'avance en considération d'un acte donné, mais au contraire *a posteriori* en fonction d'une moyenne par pathologie; que le principe de sécurité juridique n'impose pas que le montant précis de l'intervention de l'assurance soins de santé ou que la hauteur précise de la récupération qui sera effectivement exigée soit connu à l'avance; qu'en l'espèce, la norme de comportement est connue à l'avance puisqu'il s'agit des seuils de 5000 P par mois civil, de 13000 P par trimestre et de 46000 P par année civile; que la valeur P de chaque acte est également connue; que toutes les prestations attestées par le dentiste entrent dans ce calcul, peu importe que le patient en demande le remboursement ou non; que l'objectif est d'induire un comportement vertueux, correspondant à des prestations conformes ou de qualité, dans le chef des dentistes; qu'un simple calcul permet de déterminer si les seuils sont dépassés ou non; que les modalités de constatation de la méconnaissance de la norme et les conséquences s'y attachant sont connues; que le constat de méconnaissance s'opère à l'occasion d'un contrôle de conformité réalisé par le S.E.C.M. conformément aux articles 139 et suivants de la loi AMI; que cette procédure se déroule dans le respect du principe du contradictoire et du Code pénal social, sous le contrôle des cours et tribunaux; que les seuils retenus par l'acte attaqué correspondent à ceux d'un praticien particulièrement actif; que les articles 73bis, 2°, et 142, § 1er, 8°, de la loi AMI indiquent les conséquences s'attachant à l'attestation de prestations non conformes; que, par la mesure querellée, le prestataire sait la quantité de prestations qu'il peut porter en compte; qu'il sait donc comment adapter son comportement à la norme; qu'il sait que le contrôle du respect de la norme s'opère selon la procédure générale mise en œuvre pour le contrôle du respect de la loi et qu'il sait que les

prestations portées en compte au-delà dudit seuil ne peuvent l'être et sont susceptibles de justifier une récupération.

Elle répond, quant à la troisième branche, que le plafond mensuel a été fixé tellement haut qu'aucun dentiste ne pourrait tenir le rythme pendant trois mois et *a fortiori* pendant un an; qu'il résulte des simulations menées par les services compétents qu'en partant d'une valeur de 200 P par jour, un dentiste a été actif 25 jours par mois (un mois dure de 28 à 31 jours, week-ends inclus), 65 jours par trimestre (un trimestre dure de 90 à 92 jours, week-ends inclus) ou de 215 à 230 jours par an (un an dure de 365 à 366 jours, week-ends inclus); que les plafonds reconnaissent la possibilité d'une surcharge de travail très importante, mais temporaire; que l'idée de dégressivité est également prévue pour les kinésithérapeutes par l'article 7, § 19, de la nomenclature des prestations de santé; et qu'il n'est donc pas manifestement déraisonnable, compte tenu de l'objectif de l'auteur de l'acte et des plafonds particulièrement haut qui ont été retenus, de prévoir des plafonds dégressifs à mesure que la période de référence s'allonge.

C) Mémoire en réplique

Le requérant réplique, quant aux deux premières branches, qu'il n'est toujours pas en mesure de déterminer les prestations précises qui feront l'objet d'un remboursement ni, par conséquent, l'ampleur du remboursement et des sanctions administratives et pénales auxquelles il s'expose; que, dans son mémoire en réponse, la partie adverse indique que le montant du remboursement sera évalué par le S.E.C.M., que ce remboursement pourra par exemple être évalué de façon proportionnelle au degré de dépassement et qu'elle n'exclut pas que la conséquence du dépassement des seuils soit le remboursement de toutes les prestations; que le S.E.C.M. pourrait donc réclamer le remboursement de toutes les prestations accomplies au cours de la période considérée; qu'il ressort, cependant, du dossier administratif que l'intention du Comité de l'assurance de l'INAMI était que le remboursement soit limité aux seules prestations dépassant les seuils; qu'il existe donc une contradiction entre le mémoire en réponse et le dossier administratif, ce qui démontre le manque de sécurité juridique qu'entraîne l'acte attaqué; que l'imprévisibilité est renforcée par le fait qu'aucune disposition légale ou réglementaire ne tranche les termes de cette contradiction; qu'il ressort d'une lecture littérale de l'acte attaqué, et des articles 73bis, 2°, et 142, § 1er, alinéa 1er, 2°, et alinéa 2, de la loi AMI que ce sont toutes les prestations qui devraient être remboursées et non les seules prestations excédentaires; que l'article 6, § 19, ne fait, en effet, pas de distinction entre les prestations dépassant les seuils et les autres; que ce problème ne se serait pas posé si le texte avait prévu que l'assurance ne peut intervenir pour les prestations effectuées

au-delà du nombre de P prévu; qu'une telle interprétation aboutit à ce que le praticien n'est pas en mesure de savoir, avant d'effectuer une prestation, si elle sera effectivement remboursable et s'il s'exposera à une sanction pour celle-ci; que la valeur du point P n'est pas univoque de sorte qu'il n'est pas possible de connaître le montant, en euros, de la sanction applicable en cas de dépassement des seuils; que les conséquences liées à la violation de l'acte manquent donc de prévisibilité dès lors que, si l'acte attaqué est interprété littéralement, il a pour conséquence que le dentiste n'est pas en mesure de savoir, avant d'effectuer une prestation, si elle sera remboursable et que, s'il n'est pas interprété littéralement, il est également imprévisible quant à ses conséquences comme le démontre la contradiction susmentionnée; que dans les deux cas, c'est le contenu du droit qui n'est pas suffisamment accessible et prévisible; qu'on ne peut suivre l'argument selon lequel le plafond vaudrait pour les prestations attestées et non pour les prestations portées en compte puisque l'assurance n'aura jamais connaissance des prestations attestées mais non portées en compte; et que le praticien ne peut donc savoir avec précision le nombre de points P portés en compte à l'assurance soins de santé et n'est donc pas en mesure de prévoir à partir de quel moment il serait en infraction.

Il réplique, quant à la troisième branche, que la justification de la partie adverse est entachée d'une erreur manifeste d'appréciation; qu'il serait, en effet, concevable que, sur un trimestre, un dentiste travaille un premier mois à concurrence de 5000 P, un deuxième à concurrence de 3500 P et un troisième à concurrence de 5000 P; qu'il est donc possible de travailler de manière intensive sur deux mois; qu'un dentiste pourrait travailler un mois sur deux 25 jours à 200 P/jour (soit 5000 P/mois) et un mois sur deux 20 jours à 150 P/jour (soit 3000 P), soit un total de 48000 P, au-delà du seuil annuel de 46000 P; qu'un tel régime serait tout à fait tenable; qu'un représentant des organisations professionnelles représentatives des dentistes au sein du Conseil technique dentaire a indiqué qu'une moyenne journalière de 150 P sur une période de 300 jours est acceptable; qu'un dentiste pourrait travailler tous les trimestres selon le rythme de 5000 P le premier mois (25 jours à 200 P) et 3500 P les deux autres (20 jours à 175 P/jour) et atteindrait le quota de 48000 P alors qu'il ne travaillerait qu'un mois sur trois de manière intensive; qu'en ne prenant pas en compte la possible alternance de périodes de travail intense et de périodes de repos ou d'activités moins intenses, la partie adverse a violé le principe de proportionnalité; que l'acte attaqué est susceptible de contraindre des dentistes à arrêter de travailler en fin de période pour ne pas dépasser le quota considéré alors même que leur organisation du travail leur a permis d'adopter un rythme de travail soutenable; que la dégressivité prévue pour les kinésithérapeutes est nettement moindre puisqu'il n'existe qu'une différence de 4000 points M entre le seuil maximal trimestriel (4 x 40.000, soit 160.000 M) et le seuil maximal annuel (156.000 M); et qu'alors que les dentistes se

voient imposer une dégressivité de 23 %, les kinésithérapeutes se voient imposer une dégressivité de 2,5 %.

D) Dernier mémoire du requérant

Dans son dernier mémoire, le requérant fait valoir ce qui suit:

" [...]. Le rapport de l'auditorat indique que ce sera au SECM de justifier le montant du remboursement sous le contrôle des Cours et tribunaux et du Conseil d'Etat. Cette circonstance, qui est exacte, ne peut pas occulter le fait que, ce faisant, le SECM devra appliquer l'acte attaqué. Or, il est soutenu que ce dernier est illégal dès lors qu'il méconnaît le principe de sécurité juridique. Le rapport de l'auditorat paraît abandonner la légalité du règlement attaqué à l'application qui en sera faite et qui sera soumise à la censure des cours et tribunaux et du Conseil d'Etat. Or, s'il fallait attendre l'application d'un acte réglementaire pour pouvoir en contester la validité, le recours objectif contre un tel acte n'aurait plus d'intérêt. Il y a lieu d'examiner si en soi, indépendamment de l'application qui en sera faite, l'acte attaqué est conforme ou non au principe de sécurité juridique.
Le requérant se réjouit du fait que le rapport de l'auditorat considère que seule la valeur correspondant aux prestations excédentaires devra être remboursée.
Toutefois, il observe que le rapport ne déduit pas cette conclusion du texte de l'acte attaqué mais des discussions préalables à son adoption.
Plus fondamentalement, il relève que cela n'enlève rien au fait que:
- les organismes assureurs ne seront pas en mesure de déterminer a priori si les prestations sont effectuées en dépassement du nombre de points P (point 14 de la requête);
- l'on ignore toujours quelles prestations exactement ne pourraient faire l'objet d'un remboursement : celles effectuées les mois, trimestres ou année durant lesquels le plus grand nombre de points P auraient été prestés ou celles effectuées à la fin du mois, du trimestre ou de l'année au cours desquels le quota de points P a été dépassé? (point 15 de la requête - en d'autres termes on ignore toujours quelles sont les prestations excédentaires);
- l'on ignore aussi la sanction découlant du non-respect de la règle puisque la valeur de P n'est pas univoque et qu'il n'est pas possible pour le praticien de connaitre le montant en euros de la sanction financière en cas de dépassement du nombre de points P (point 6bis du mémoire en réplique).
Le rapport de l'auditorat juge indifférent que des prestations faisant l'objet d'une ASD (Attestation de Soins Donnés) par le praticien puissent ne jamais être portées en compte à l'assurance maladie et invalidité par ce que cette circonstance ne pourrait avoir pour conséquence que de diminuer le nombre de points P. Cet élément confirme le constat d'imprévisibilité de l'acte attaqué... (1ère et 2ème branche)

"[...]. S'agissant de la troisième branche du moyen, le rapport de l'auditorat prend d'autres exemples que ceux présentés par la requérante notamment dans son mémoire en réplique pour tenter de démontrer que le plafond dégressif du nombre de points P n'est pas disproportionné. Cependant, il ne démontre pas que dans les hypothèses présentées par la partie requérante au point 9 de son mémoire en réplique le plafond serait raisonnable.

[...]. Pour le surplus, la partie requérante renvoie à ses écrits de procédure antérieurs".

E) Dernier mémoire de la partie adverse

Dans son dernier mémoire, la partie adverse fait valoir ce qui suit:

" 9. La partie adverse renvoie à son mémoire en réponse ainsi qu'au rapport de Monsieur le Premier Auditeur. Elle tient néanmoins à ajouter les précisions suivantes.

2.1.2.1 Concernant les première et deuxième branches
10. La partie requérante fait grief au rapport de Monsieur le Premier Auditeur de vouloir «attendre l'application effective de l'acte attaqué pour en évaluer la légalité». Selon la partie requérante, il s'agit d'une manœuvre destinée à masquer l'erreur de raisonnement qui sous-tend la critique de la requérante.

11. En effet, comme cela a été relevé par Monsieur le Premier Auditeur, l'acte attaqué constitue une exécution de l'article 35 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 (habilitant le Roi à établir la « nomenclature des soins de santé »).
En cas de non-conformité des prestations de soins réalisées par un prestataire avec cette nomenclature, les conséquences pour le prestataire de soins sont réglées par les articles 73bis et 142 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994.
Ces dispositions impliquent des conséquences suffisamment prévisibles, même lorsque leur application est associée à un constat de non-conformité qui découlerait d'un dépassement des plafonds P, mis en oeuvre par l'acte attaqué.
Le constat selon lequel la valeur correspondant au dommage subi par l'assurance en cas de non-conformité d'une prestation avec la nomenclature relève simplement de l'application des articles 73bis et 142 de la loi AMI et non, uniquement, d'une déduction des discussions préalables à l'adoption de l'acte attaqué.
Pour rappel, l'article 73bis, alinéa 1er, 2° de la loi AMI dispose :
« Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :
(…)
2° de rédiger, faire rédiger, délivrer ou faire délivrer les documents réglementaires précités lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la présente loi, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi; »
Dans cette hypothèse, l'article 142 de la loi du 14 juillet 1994 prévoit les mesures suivantes :
« § 1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :
(…)
2° le remboursement du remboursement indûment attesté à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du montant de la valeur des mêmes prestations en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°
(…)
En cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 1° et 3°, le remboursement porte sur la valeur totale des prestations portées indûment à charge de l'assurance soins de santé. Dans les cas visés au 2° et 4° de l'article 73bis, le remboursement correspond au dommage financier subi par l'assurance soins de santé, estimé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux, à condition qu'il n'ait pas encore été réparé sur la base d'une autre disposition de la présente loi. »
Compte tenu des critiques formulées au moyen, il n'y a pas de raison de considérer que la mesure réglementaire est insuffisamment précise : la norme est suffisamment connue et ses conséquences suffisamment prévisibles pour le prestataire de soins qui, comme l'a relevé Monsieur le Premier Auditeur, peut aisément calculer le

nombre de P correspondant à ses prestations et adapter son comportement en fonction.

12. Nécessairement, il ne peut être fait grief à l'acte attaqué de ne pas faire prendre compte des prestations qui n'entrent pas dans le champ de l'assurance maladie. Il ne pourrait pas avoir cet objet.

13. Par ailleurs, la partie adverse souligne qu'il ne peut raisonnablement être soutenu, comme le fait la partie requérante, que les organismes assureurs doivent pouvoir déterminer « a priori » si les prestations sont effectuées en dépassement du nombre de P (et refuser, le cas échéant le remboursement au patient).
Dans son arrêt n°32.679 du 1er juin 1989, Votre Conseil a rappelé que :
« il découle de l'article 19, alinéa 2 de l'arrêté royal n° 35 du 20 juillet 1967 que le médecin-conseil apprécie uniquement si la prestation pour laquelle le remboursement de l'assurance maladie est demandé, est justifié ; il ne doit pas vérifier si le médecin a respecté toutes les prescriptions légales requises pour que le prestations qu'il a effectuées soient remboursées ».
Les missions du médecin-conseil ont depuis lors évolué mais la distinction cardinale identifiée par le Conseil d'État ci-dessus est encore valable.
La mission de l'évaluation des prestations et du contrôle du point de vue de la réalité et de la conformité des prestations a été confiée au SECM (article 139 de la loi AMI) et non aux organismes assureurs.
L'article 19 de l'AR n°35 portant le statut et le barème des médecins-conseils chargés d'assurer auprès des organismes assureurs le contrôle médical de l'incapacité primaire et des prestations de santé en vertu de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 dispose :
« Les médecins-conseils remplissent les missions qui leurs sont confiées en vertu des articles 153 et 164 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.
Dans le cadre de l'accomplissement des missions visées à l'article 153, § 1er, premier alinéa, de la même loi, les médecins-conseils prennent les décisions médicales en toute indépendance. »
L'article 164 de la loi du 14 juillet 1994 renvoie à la récupération des sommes indues (sur la base du constat opéré par le SECM).
L'article 153 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 dispose en outre :
« § 1er. Les médecins-conseils ont pour missions :
1) de conseiller, d'informer et de guider les assurés sociaux afin de garantir que les soins et les traitements les plus adéquats, leur sont dispensés au meilleur coût, en tenant compte des ressources globales de l'assurance soins de santé et indemnités;
2) d'informer les dispensateurs de soins afin de les éclairer sur l'application correcte de la réglementation relative à l'assurance soins de santé, en veillant à l'utilisation optimale des ressources de cette assurance;
3) de contrôler l'incapacité de travail, conformément aux dispositions du titre IV, chapitre III, sections I et II et aux règles prises en application de l'article 86, § 3 de la présente loi;
4) de contrôler les prestations de santé, conformément aux dispositions de la présente loi et de ses arrêtés et règlements d'exécution.
Les médecins-conseils sont tenus d'observer les directives du Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux et de respecter la liberté thérapeutique des dispensateurs de soins dans l'accomplissement de leurs missions visées sous 1), 2) et 4) et d'observer les directives du Comité de gestion du Service des indemnités, dans l'accomplissement des missions visées sous 3). Les décisions des médecins-conseils engagent les organismes assureurs.
(…)
§ 3. Dans le cadre du contrôle des prestations de l'assurance soins de santé, les médecins-conseils vérifient que les conditions médicales de remboursement des prestations de santé sont respectées et accordent les autorisations prévues. Ils peuvent contribuer à l'évaluation de l'utilisation optimale des ressources de

l'assurance soins de santé dans les conditions définies par arrêté royal délibéré en Conseil des ministres et dans le respect du principe de liberté thérapeutique défini à l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé. Pour l'exécution de cette mission d'évaluation, les médecins-conseils ne peuvent utiliser que les données auxquelles ils ont accès en vertu de la présente loi, dans le respect de la loi sur la protection de la vie privée et du secret professionnel.
Les médecins-conseils établissent des rapports relatifs au contrôle des prestations de santé, dans les délais et les formes définis par le Comité du Service d'évaluation et de contrôle médicaux.
Ils vérifient également si toutes les conditions visées aux articles 35, alinéa 4 et 37, §§ 12 et 13, sont bien respectées et font rapport des infractions relevées aux instances concernées, à savoir :
1° le Service du contrôle administratif pour la présence du personnel et les conditions de rémunération de celui-ci;
2° le Service d'évaluation et de contrôle médicaux pour la prestation effective des soins couverts par les interventions visées à l'article 37, §§ 12 et 13;
3° le Service des soins de santé pour les autres irrégularités constatées.
Les rapports susvisés sont communiqués aux instances précitées par les médecins-directeurs visés au § 4.
Sur la proposition du Comité de l'assurance, le Roi peut instaurer, pour effectuer des missions de contrôle des prestations visées à l'article 34, alinéa premier, 1°, b) et des établissements visés à l'article 34, alinéa 1er, 11° et 12° dévolues aux médecins-conseils, un Collège national de médecins-conseils ainsi que des collèges locaux, placés sous la tutelle du Collège national précité et pouvant comporter, outre au moins un médecin-conseil responsable, des praticiens de l'art infirmier ou des kinésithérapeutes, mandatés par des médecins-conseils des organismes assureurs. Le Roi détermine, sur la proposition du Comité de l'assurance, la composition, le fonctionnement et les missions de ce Collège national et de ces collèges locaux. »
Plus simplement, encore, il semble évident qu'un organisme assureur ne pourrait matériellement pas décider a priori du remboursement ou non d'une prestation « en excès de P » dès lors que, l'organisme assureur n'a de vision que sur les seules prestations portées en compte à charge de ses affiliés.
Plus encore, la partie adverse constate que l'argument est précisément la preuve de la nécessité de l'acte attaqué : comme l'a souhaité le Législateur dès 1963, le prestataire est associé au bon fonctionnement de l'assurance maladie. Cette responsabilité implique précisément qu'il ne s'en remette pas passivement à un tiers pour que celui-ci évalue la conformité de son action avec la réglementation.

14. Certes, l'acte attaqué ne prévoit pas, comme le souhaitaient certains représentants des dentistes au sein de la Commission nationale dento-mutualiste, que le SECM doive établir, outre le dépassement du seuil précité, que les prestations en cause n'ont pas été effectuées ou ne l'ont pas été en conformité avec les règles spécifiques prévues pour chaque prestation par la nomenclature.
Comme le rappelle Monsieur le Premier Auditeur, ces éléments touchent toutefois à l'opportunité de la mesure et ne peuvent donc être pris en compte par le Conseil d'État pour censurer l'acte attaqué.

15. Par ailleurs, suite à la remarque formulée par Monsieur le Premier Auditeur dans la note de bas de page n°36, la partie adverse confirme, si besoin en est, que l'acte attaqué n'est pas une mesure qui vise à priver les patients de leur droit au remboursement. Il s'agit en effet de normes qui visent le comportement du prestataire de soins dentaires.
Certes, l'article 35, précise que « Cette nomenclature énumère lesdites prestations, en fixe la valeur relative et précise, notamment, ses règles d'application, ainsi que la qualification requise de la personne habilitée à effectuer chacune d'elles. Le cas échéant, des tarifs différents peuvent être appliqués pour une même prestation selon

que le dispensateur de soins réponde ou non à des conditions supplémentaires, autres que celles relatives à la qualification, telles que prévues dans la nomenclature ».
En ce qui concerne les prestations dentaires, le Roi dispose, en vertu du même article, d'une habilitation complémentaire : Il peut déterminer dans la nomenclature les paramètres sur la base desquels il peut limiter à un maximum le nombre des prestations pouvant être attestées au cours d'une période de référence déterminée.
Il est donc clair dans la loi que l'habilitation accordée concerne une norme de comportement du prestataire, seul à pouvoir «attester» de prestations.

2.1.2.2 Concernant la troisième branche
La partie adverse renvoie à son mémoire en réponse ainsi qu'au rapport de Monsieur le Premier Auditeur".

IV. 2. Appréciation

IV.2.1. Quant aux deux premières branches

Au vu des critiques qui y sont formulées, le premier moyen, en ses première et deuxième branches, reproche en substance à la partie adverse d'avoir méconnu le principe de sécurité juridique, en adoptant l'acte attaqué.

Méconnaît le principe de sécurité juridique l'autorité qui adopte une règle insuffisamment prévisible et accessible, de sorte que le sujet de droit auquel cette règle a vocation à s'appliquer ne peut prévoir, à un degré raisonnable, les conséquences d'un acte déterminé au moment où celui-ci se réalise.

Le paragraphe 19, qu'insère l'article 2 de l'arrêté attaqué, dans l'article 6 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités est libellé comme suit:

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

L'intervention de l'assurance est subordonnée à la condition suivante : le total des valeurs P ne peut pas dépasser, par praticien de l'art dentaire :
- 5000 P pour une période donnée d'un mois civil :
- ou 13000 P pour une période donnée d'un trimestre, le premier jour du trimestre étant le 1er janvier ou le 1er avril ou le 1er juillet ou le 1er octobre;
- ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile".

Il est certes exact que, considérés à eux seuls, les termes de ce paragraphe 19 nouveau pourraient laisser subsister certaines questions, relatives, notamment, à l'identification des prestations pour lesquelles un remboursement serait exigé. Ce

constat n'impose toutefois pas *ipso facto* de décider qu'en adoptant ce paragraphe 19 nouveau ainsi libellé, la partie adverse aurait méconnu le principe de sécurité juridique.

Ce paragraphe 19 nouveau doit tout d'abord être lu à la lumière tant de la disposition qui a habilité le Roi à l'adopter que de l'intention qui a animé le législateur en édictant cette disposition.

A cet égard, il y a lieu de rappeler que l'article 21 de la loi du 19 mars 2013 portant des dispositions diverses en matière de santé (I) a inséré, entre les deuxième et troisième phrases de l'alinéa 2, du paragraphe 1er, de l'article 35 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, la disposition suivante, qui constitue le fondement de l'acte attaqué :

" En ce qui concerne les prestations visées à l'article 34, alinéa 1er, 1°, e), le Roi peut déterminer dans la nomenclature les paramètres sur la base desquels il peut limiter à un maximum le nombre des prestations pouvant être attestées au cours d'une période de référence déterminée".

L'extrait de l'exposé des motifs se rapportant à l'article 21 de la loi du 19 mars 2013 précitée contient les développements suivants:

" L'article 35, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 détermine les pouvoirs du Roi en ce qui concerne la nomenclature des prestations de santé. Dans les organes de concertation de l'art dentaire de l'INAMI, un consensus s'est formé sur le fait que les profils annuels en dépenses INAMI d'un nombre réduit des praticiens de l'art dentaire prend des proportions irréalistes, dans le sens où il parait impossible de faire un tel nombre de prestations dans un espace de temps déterminé, sans perdre un minimum de qualité et/ou en appliquant les règles de la nomenclature correctement. A partir de ce constat préoccupant, il est proposé d'étendre les compétences du Roi en matière de nomenclature pour les prestations de l'art dentaire dans le sens où il peut déterminer des paramètres pouvant être utilisés pour limiter le nombre de prestations qui peuvent être portées en compte de l'assurance obligatoire soins de santé au cours d'une période de référence déterminée" (*Doc. parl.*, Ch. des représ., s.o. 2012-2013, n° 53-2600/001, pp. 18-19).

Dans ce contexte, la disposition par laquelle le Roi subordonne l'intervention de l'assurance à la condition que le total des valeurs P se rapportant aux prestations attestées ne dépasse pas un plafond déterminé pour une période de référence doit être interprétée comme délimitant, en réalité, le volume de prestations attestées au-delà duquel l'assurance n'interviendra pas. Cette interprétation de l'acte attaqué à la lumière de la loi s'oppose à la thèse du requérant selon laquelle "aucune prestation, même celle ne dépassant pas le quota, ne sera remboursée en cas de dépassement d'un des quotas (mensuel, trimestriel ou annuel)".

En outre, ce paragraphe 19 nouveau doit également être lu en combinaison avec les dispositions contenues dans les articles 73*bis*, alinéa 1er, 2°, et 142, §1er, alinéas 1er, 2°, et 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée.

L'article 73*bis*, alinéa 1er, 2°, est libellé comme suit:

" Art. 73bis. Sans préjudice d'éventuelles poursuites pénales et/ou disciplinaires et nonobstant les dispositions des conventions ou des accords visés au Titre III, il est interdit aux dispensateurs de soins et assimilés, sous peine des mesures énoncées à l'article 142, § 1er :

[…]

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

Tel qu'applicable en l'espèce, l'article 142, §1er, alinéas 1er, 2°, et 2, est libellé comme suit, dans une version qui ne correspond donc pas à celle dont la partie adverse se prévaut dans ses écrits de procédure, et notamment dans les développements de son dernier mémoire, qu'elle consacre au premier moyen:

"Art. 142. § 1er. Sans préjudice d'éventuelles sanctions pénales et/ou disciplinaires, les mesures suivantes sont appliquées aux dispensateurs de soins et assimilés qui ne se conforment pas aux dispositions de l'article 73bis :

[…]

2° le remboursement des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, et/ou une amende administrative comprise entre 5 % et 150 % du remboursement en cas d'infraction aux dispositions de l'article 73bis, 2°;

[…]

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

Il ressort de l'ensemble de ces dispositions que le remboursement auquel le praticien sera, le cas échéant, tenu n'excédera pas le montant de l'intervention de l'assurance soins de santé se rapportant aux prestations attestées par ce praticien, alors qu'il avait déjà atteint, pour une période déterminée, le plafond de valeurs P fixé par l'acte attaqué, plafond au-delà duquel toute prestation sera indûment attestée à charge de l'assurance soins de santé. Les prestations susceptibles de donner lieu à

remboursement seront donc celles qui ont été attestées après que le plafond a été atteint.

Le praticien, qui peut identifier, au fur et à mesure de leur fourniture, les prestations qu'il atteste à charge de l'assurance soins de santé, ainsi que les valeurs P respectivement attribuées à chacune de ces prestations, apparaît à même – lorsqu'il atteste une prestation – de prévoir lui-même les conséquences de cette attestation, pour ce qui a trait au moment du dépassement prohibé, aux prestations qui auront ainsi été indûment portées en compte de l'assurance soins de santé et, enfin, au montant qu'il s'expose au risque de devoir rembourser.

Sont dénuées de pertinence les considérations relatives à une impossibilité de détection d'un dépassement, en temps utile, par l'organisme assureur, le praticien étant lui-même en mesure de déceler un tel dépassement, et ce sans doute plus utilement et efficacement que l'organisme assureur qui – comme le reconnaît d'ailleurs le requérant – ne peut disposer d'un aperçu complet de l'ensemble des prestations attestées par un praticien déterminé.

Il est également indifférent que subsiste un doute quant au fait qu'une prestation attestée sera effectivement portée en compte de l'assurance soins de santé. A supposer, en effet, que cette prestation ne soit pas portée en compte, cette circonstance profitera au praticien, dont le quota de valeurs P ne sera pas affecté par cette prestation.

De même, le seul fait de la transmission différée d'une attestation à l'organisme assureur n'aura-t-il pas d'incidence négative pour le praticien, puisque ce qui importe, au regard du système mis en place par l'acte attaqué, est bien la période au cours de laquelle la prestation a été attestée, et non celle, aléatoire, au cours de laquelle l'organisme assureur interviendra effectivement.

Est toujours indifférent, au regard du grief de méconnaissance du principe de sécurité juridique, le fait que la valeur P n'est pas univoque. Dès lors, d'une part, qu'en son article 1er, l'arrêté attaqué définit la valeur P qui se rapporte à chaque prestation et, d'autre part, que le praticien connaît le montant d'intervention de l'assurance soins de santé relatif à chaque prestation, il peut déterminer, avec une prévisibilité suffisante, le moment où il risque de dépasser un des plafonds de valeurs P, de même que les montants maximaux dont il risque d'être redevable en pareil cas de dépassement, ces montants étant ceux des interventions de l'assurance soins de santé, à l'égard desquels la valeur unitaire P est sans importance.

Par ailleurs, s'agissant d'une incertitude liée aux sanctions administratives auxquelles le praticien risque d'être exposé, il en existe assurément une, liée à la fourchette dans laquelle le taux de la sanction peut être fixé, mais elle résulte de l'article 142, §1er, 2°, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, et non de l'acte attaqué. Pour le reste, le montant sur la base duquel cette sanction sera calculée apparaît comme suffisamment prévisible, le praticien pouvant – ainsi que cela a déjà été démontré – prévoir avec une certitude suffisante la valeur des prestations indûment attestées.

Il suit de l'ensemble de ces considérations que le moyen ne peut, en ses première et deuxième branches, être déclaré fondé.

La réponse ainsi apportée au premier moyen, en ses deux premières branches, atteste à suffisance – et au contraire de ce que, dans son dernier mémoire, le requérant déclare redouter – que la critique de légalité qui y est formulée, pour ce qui concerne une violation du principe de sécurité juridique, a pu être examinée dans le cadre du recours objectif ouvert devant le Conseil d'Etat à l'encontre de l'arrêt attaqué.

IV.2.2. Quant à la troisième branche

Au vu des critiques qui y sont formulées, le premier moyen, en sa troisième branche, reproche en substance à la partie adverse d'avoir méconnu le principe de proportionnalité, en adoptant l'acte attaqué.

La dégressivité des quotas de valeurs P au fur et à mesure de l'allongement de la période de référence ne révèle pas, à elle seule, une atteinte au principe de proportionnalité, et ce même si le système conçu par la partie adverse paraît, selon la lecture qu'en donne le requérant, ne pas prendre en compte la possible alternance de périodes de travail intense et de périodes de repos ou d'activités moins intenses, à l'image, notamment, des exemples évoqués par le requérant dans son mémoire en réplique.

Il convient, par ailleurs, de relever que le requérant ne soutient pas que le plafond de 46000 P fixé pour une année civile serait déraisonnable. Or, si l'on a égard au fait que, dans le système dégressif conçu par la partie adverse et critiqué par le requérant, il s'agit du plafond le plus défavorable aux praticiens, ceux-ci ne peuvent que profiter des marges qui leur sont laissées pour les périodes de référence mensuelle et trimestrielle, lesquelles marges leur permettent d'intégrer l'éventuelle alternance qu'il est reproché à la partie adverse de n'avoir pas prise en considération.

Enfin, le requérant n'entreprend pas de démontrer en quoi la différence entre les taux de dégressivité respectivement appliqués aux dentistes et aux kinésithérapeutes révélerait le caractère disproportionné de celui que l'arrêté attaqué retient pour les dentistes.

Dès lors qu'il n'apparaît pas, au vu des critiques formulées, que l'acte attaqué aurait méconnu le principe de proportionnalité ou l'un des autres principes et dispositions visés par le moyen, celui-ci n'est pas fondé en sa troisième branche.

V. Deuxième moyen

V.1 Thèses des parties

A) Requête en annulation

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

Il indique, dans une première branche, que l'acte attaqué a pour effet d'interdire aux dentistes d'effectuer dans certaines circonstances des prestations remboursables qu'ils estiment nécessaires; qu'il porte donc une atteinte disproportionnée à la liberté diagnostique et thérapeutique garantie par l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 et par l'article 73 de la loi AMI; que la liberté diagnostique et thérapeutique est donc un principe de valeur législative; qu'elle n'a certes pas valeur absolue; que l'article 73, § 1er, 2ème phrase, de la loi AMI prévoit que les praticiens doivent tenir compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société et qu'ils doivent s'abstenir de prescrire, d'exécuter ou de faire exécuter des prestations superflues ou inutilement onéreuses; qu'il ne s'agit pas là de dérogations au principe de la liberté diagnostique et thérapeutique, mais de règles de même rang qui en balisent l'exercice; qu'un arrêté royal ne saurait donc régulièrement porter atteinte à cette liberté; que l'acte attaqué porte bien atteinte à la liberté diagnostique et

thérapeutique; que le Conseil d'Etat établit un lien entre une modification de la nomenclature des prestations et cette liberté dans l'arrêt n° 171.792 du 4 juillet 2007, en jugeant que l'édiction d'une règle d'application de la nomenclature est de nature à porter atteinte au choix des moyens auxquels les dispensateurs de soins estiment devoir recourir, soit pour poser le diagnostic soit pour déterminer ou exécuter le traitement; qu'il est vain d'objecter que le libre choix du patient et la liberté thérapeutique concernent la réalisation de la prestation et non la possibilité de la porter en compte puisque le point de savoir si une prestation peut ou non être portée en compte constitue un élément déterminant de sa réalisation; qu'en effet, un dentiste pourrait s'abstenir d'effectuer une prestation qu'il estime nécessaire dès lors qu'il risquerait de dépasser un des seuils fixés par l'acte attaqué; et que l'acte attaqué est entaché d'une erreur manifeste d'appréciation car, si l'on peut admettre que le dépassement de seuils puisse être utilisé pour attirer l'attention du SECM sur le comportement de certains praticiens, il n'est pas admissible que le remboursement de prestations correctement exécutées soit imposé.

Il avance, dans une deuxième branche, que l'acte attaqué soustrait certaines prestations au remboursement dans certaines conditions. Il souligne que l'article 23 de la Constitution, qui garantit le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique, a un effet *standstill* dans le sens où les pouvoirs publics ne peuvent faire reculer de manière significative le niveau de protection offert aux bénéficiaires de la liberté fondamentale. Il ajoute que l'acte attaqué conduit à un recul significatif ou sensible dans la protection du droit à la santé. Selon lui, le Conseil d'Etat a admis, dans son arrêt n° 154.359 du 31 janvier 2006 que l'invocation exclusive d'arguments budgétaires pour justifier une modification de la nomenclature ne peut être admise si elle conduit à supprimer le caractère remboursable d'une prestation. Il observe que l'acte attaqué supprime le caractère remboursable de toutes les prestations de dentisterie prévues par la nomenclature. Il observe que les prestations reprises dans la nomenclature sont pourtant celles que la partie adverse a considérées comme les plus intimement liées à la protection de la dignité humaine. Il expose que l'application de l'acte attaqué peut conduire un patient à se voir refuser des soins par un dentiste qui aurait atteint son quota de points P. Il estime que, conformément à l'article 53 de la loi AMI, le dentiste ne pourrait refuser de délivrer une attestation de soins donnés pour des soins qu'il a prodigués. Enfin, il fait valoir que qu'il est vain d'objecter que cette disposition ne vise que les prestations donnant lieu à une intervention puisque la prestation présenterait toutes les caractéristiques d'une prestation remboursable.

Il relève, dans une troisième branche, que l'acte attaqué établit une forme de présomption irréfragable de fraude dans le chef de certains dentistes, ce qui porte

une atteinte grave à leur honneur et à leur réputation; que l'article 17 du Pacte international relatif aux droits civils et politiques prévoit que "Nul ne sera l'objet … d'atteintes illégales à son honneur et à sa réputation"; que le mécanisme mis en place par l'acte attaqué s'ajoute à celui de l'article 73bis de la loi AMI, qui interdit certains comportements aux dispensateurs de soins, sous réserve d'amendes administratives; que l'auteur de l'acte attaqué considère que le dépassement des seuils qu'il fixe est nécessairement coupable d'un des manquements visés par cette disposition; que la réglementation applicable prévoit cependant une procédure au terme de laquelle c'est l'autorité qui décide si le prestataire de soins est ou non coupable des manquements qui lui sont reprochés; que l'acte attaqué établit une présomption irréfragable puisqu'il ne permet pas au dentiste de s'expliquer sur les raisons du dépassement; que l'acte attaqué a pour effet de désigner comme fraudeur un dentiste dont il n'est pourtant pas démontré qu'il a commis un des manquements visés par l'article 73bis de la loi AMI; que l'acte attaqué paraît avoir pour but de "coincer les fraudeurs"; et qu'on ne peut soutenir que la violation de la norme litigeuse constituerait une fraude au même titre que lorsqu'un praticien porte en compte des prestations qui seraient effectuées en infraction avec d'autres conditions de remboursement visées dans la nomenclature.

Il soutient, dans une quatrième branche, que l'acte attaqué attribue arbitrairement un coefficient P à chaque prestation, sans qu'il soit possible d'en vérifier la pertinence; que le point P est obtenu à l'issue du calcul P = (taux des honoraires INAMI 2010 x R)/6,98; que R est censé représenter le pourcentage de travail qui ne peut être effectué que par un dentiste; que, dans le cadre du recours dirigé contre l'arrêté royal du 17 janvier 2013, l'auditeur avait estimé que rien dans le dossier administratif ne justifiait la manière dont le pourcentage attribué à chacune des sous-valeurs "prestation" et "matériel" avait été calculé; et qu'il n'a pu prendre connaissance du dossier administratif de l'acte attaqué.

Il note, dans une cinquième branche, que l'acte attaqué limite les prestations des dentistes qui travaillent de manière intensive; que l'acte attaqué méconnaît la liberté de commerce et d'industrie garantie par les articles II.3 et II.4 du titre 3 du Code de droit économique; que cette liberté a pour vocation de protéger le commerce contre les obstacles d'ordre administratif ou corporatif et limite les pouvoirs de l'administration à l'égard des activités économiques privées aux seules interventions nécessaires au maintien de l'ordre public et à celles qui sont compatibles avec la loi d'habilitation; que, par son arrêt n° 140.008 du 2 février 2005, le Conseil d'Etat a confirmé que la liberté d'exercer une activité professionnelle implique la faculté d'organiser un négoce avec les moyens et selon les méthodes de son choix; que certains dentistes préfèrent adopter une cadence moins soutenue, mais compensée par une constance dans la durée; que d'autres peuvent préférer une cadence plus soutenue,

éventuellement compensée par des périodes de travail moins longues, tels les dentistes étrangers venant prester un temps limité en Belgique avant de retourner dans leur pays, ceux ayant une activité accessoire, ceux ayant une garde alternée de leurs enfants ou ceux assumant un service de garde; et que ces dentistes se voient pénalisés par l'acte attaqué alors que leur seule faute est d'avoir choisi d'organiser une certaine manière de travailler.

Il estime, dans une sixième branche, que l'acte attaqué a pour effet de priver, sous certaines conditions, les dentistes d'une partie de leurs honoraires; et qu'une telle atteinte au droit de propriété protégé par l'article [16] de la Constitution et par l'article 1er du premier protocole additionnel à la Convention européenne de sauvegarde des Droits de l'homme et des Libertés fondamentales ne peut toutefois être prévue que par une loi.

B) Mémoire en réponse

La partie adverse répond, quant à la première branche, que l'objectif de la mesure attaquée est de garantir la qualité des soins de santé et d'éviter les abus sans porter préjudice à la liberté thérapeutique et diagnostique du prestataire; que la mesure querellée ne porte donc pas atteinte à cette dernière, qui, comme l'a déjà jugé le Conseil d'Etat, concerne le choix des moyens auxquels le prestataire estime devoir faire appel pour poser le diagnostic ou pour déterminer ou exécuter le traitement; que le Conseil d'Etat a également jugé dans son arrêt n° 220.767, que cette liberté est indépendante du remboursement des moyens qui sont utilisés pour traiter une pathologie spécifique; que, dans son arrêt n° 205.919, il a également considéré qu'il découle de la loi du 14 juillet 1994 que l'exercice de l'art médical peut être soumis à des obligations déterminées dans le cadre de l'assurance soins de santé; que des mesures semblables de rationalisation de l'offre et de prévention de la fraude ont été mises en place dans d'autres secteurs des soins de santé; que la loi du 26 juin 1992 portant des dispositions sociales et diverses mettait en place un système de récupération des montants accordés aux laboratoires de biologie clinique pour des prestations de biologie clinique lorsque le budget affecté à ces dépenses était dépassé; que l'acte attaqué n'a ni pour objet ni pour effet d'empêcher le praticien d'exercer sa profession, mais se limite à réglementer l'intervention de la sécurité sociale dans ce cadre; que les praticiens restent en mesure de prescrire et de réaliser toutes les prestations qu'ils estiment nécessaires, le patient étant en tout état de cause remboursé pour ces prestations; que, si un dentiste excède les seuils fixés par l'acte attaqué, c'est l'indication qu'il a soit commis des fraudes, soit réalisé des prestations de pauvre qualité; que, dans les deux cas, le praticien sait que ses prestations ne sont pas conformes et il incombera au SECM d'examiner la situation; que le seuil de 200 P/jour

a été déterminé compte tenu de son caractère particulièrement élevé et même irréaliste; que cela a été reconnu lors des discussions au sein du Comité technique dentaire; que le seuil de 200 P/jour correspond à plus de 65 consultations quotidiennes; qu'un tel rythme quotidien, difficile à croire, ne pourrait être tenu tout au long d'un mois; que ce seuil correspond également à 9 patients pour des prestations de prévention, 9 patients pour des plombages et endodontie et 2 patients pour des prothèses, le tout correspondant à 11 heures et 19 minutes de travail sans interruption; que les seuils mensuel, trimestriel et annuel sont très élevés, de l'aveu même des représentants des dentistes; qu'en conséquence, le fait d'accomplir des prestations dépassant ces seuils signifie donc bien raisonnablement soit que le prestataire n'y a pas consacré le temps nécessaire pour que la qualité des soins soit présente soit qu'il y a fraude; que les valeurs P sont fixées par une commission composée paritairement et dans laquelle siègent des représentants des dentistes; que ce constat est renforcé par le fait qu'il ne prend en compte que les prestations remboursables; que, même en dentisterie sociale, de nombreuses prestations ne sont pas remboursables; que la mesure qui ne vise que les profils déviants, n'est assurément pas manifestement disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi et participe à l'amélioration de la qualité des soins offerts; que l'inconvénient est hypothétique et pécuniaire; que la mesure ne fait pas peser de charges démesurées sur les prestataires de soins; et que la Cour constitutionnelle a jugé, dans son arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993, que :

> "Pour éviter un dépassement du budget de la biologie clinique, le législateur a opté pour un système modifiant pour ces prestations les règles fixant l'intervention de l'assurance obligatoire, en réduisant cette intervention et en en faisant supporter la charge par un secteur, celui des laboratoires dont le chiffre d'affaires est en relation étroite avec les dépenses supportées par l'assurance maladie-invalidité, en fonction de critères propres à ces laboratoires. Plutôt que de modifier directement le montant du remboursement des prestations de biologie clinique par l'assurance maladie-invalidité, le législateur a opté pour un système de récupération qui n'est d'application que lorsque le budget global pour la biologie clinique est dépassé. Un tel système peut se justifier au regard de l'objectif poursuivi qui est de contenir le budget dans certaines limites. Il relève du pouvoir d'appréciation du législateur de décider dans quelles mesures les dispositions qu'il prend doivent atteindre les laboratoires ou les bénéficiaires des prestations ou encore les médecins prescripteurs. Il n'appartient pas à la Cour de censurer ce choix à moins qu'il n'apparaisse manifestement qu'une catégorie est atteinte de façon disproportionnée par les mesures prises".

Elle répond que la deuxième branche est irrecevable, le requérant n'étant pas garant de l'intérêt général ou de l'intérêt des patients et n'ayant donc pas intérêt à dénoncer des discriminations subies par des tiers; que l'argumentation du requérant est paradoxale puisque la mesure attaquée poursuit précisément l'intérêt des patients en garantissant la qualité des soins; que le risque, pour le patient, de se voir refuser des soins découle du refus du prestataire de s'inscrire dans le régime de sécurité sociale et

de son choix de ne pas tenir compte, au mépris de son obligation légale et déontologique, des moyens globaux mis à disposition par la société; que ce risque ne se réalise donc pas par la mise en œuvre de l'acte attaqué mais par le choix délibéré du praticien de ne pas s'y conformer; que, contrairement à ce que soutient le requérant, ce n'est pas au patient de supporter les frais liés aux prestations, puisqu'il bénéficiera du remboursement prévu par la réglementation; et que, si le dentiste sait ne plus pouvoir assurer certains soins, son obligation de garantir la continuité des soins lui imposera de renvoyer le patient vers un autre prestataire.

Elle répond, quant à la troisième branche, qu'il découle clairement de la note CGV 2015/41 que le dépassement des plafonds entraîne uniquement un constat de "non-conformité" aux règles de la nomenclature; que, dans cette hypothèse, le SECM est habilité à dresser un procès-verbal dans le cadre des compétences que lui reconnaît la loi; qu'il n'y a ni présomption irréfragable ni sanction automatique et le montant à rembourser correspond au dommage subi par l'assurance, qui pourra par exemple être évalué de façon proportionnelle au degré de dépassement; qu'aucune publicité spécifique n'est donnée à ce type de procédure de sorte qu'on ne voit pas en quoi il serait porté atteinte à l'honneur et à la réputation du requérant; et que la fixation de plafonds P est un moyen complémentaire mis à la disposition du SECM.

Elle répond, quant à la quatrième branche, que la définition des politiques de sécurité sociale est reconnue comme un domaine dans lequel l'Etat dispose d'une large marge d'appréciation, à l'égard duquel les juridictions se limitent à exercer un contrôle marginal; que le juge ne peut se contenter de constater qu'une autre mesure paraît raisonnablement admissible ou même meilleure; que seule l'appréciation incompréhensible pour tout observateur averti peut être censurée; que la manière dont a été calculée la valeur P ressort clairement du dossier administratif; que le Conseil technique de l'art dentaire a exposé clairement dans un document la manière dont les pourcentages des sous-valeurs "travail" et "matériel" ont été déterminés; que la valeur P représente la valeur temps/complexité considérée comme étant nécessaire au dentiste pour réaliser la prestation elle-même; que sont exclus de cette valeur (bien qu'ils soient inclus dans la fixation du remboursement) les formalités administratives, l'information du patient, les discussions avec le patient, la prise de rendez-vous, l'attente du patient et le nettoyage du matériel utilisé; que les valeurs P ne présentent pas de caractère arbitraire mais sont le fruit de l'évaluation opérée par des professionnels opérant au sein d'organes paritaires et ont été édictées en se fondant notamment sur la contribution du docteur DE LEMBRE intitulée "Standaard Verkoopkostprijsbepaling Tandartsenkabinet"; et que ces valeurs sont d'autant moins arbitraires que les seuils sont volontairement très élevés, de manière à ne viser qu'une frange très minoritaire de la profession.

Elle répond, quant à la cinquième branche, que c'est précisément en vue de permettre aux dentistes d'organiser librement leur rythme de travail qu'il a été décidé d'avoir égard à la limite journalière de 200 P comme moyenne sur un minimum de 30 jours ouvrables en cas de contrôle par le SECM; que cette mesure rend la tâche du SECM plus complexe mais s'avérait nécessaire pour pouvoir tenir compte des dentistes qui concentrent un travail intensif sur une brève période; et que la réglementation attaquée tient donc compte de la liberté d'organisation du temps de travail.

Elle répond, quant à la sixième branche, que la Cour constitutionnelle a admis, dans son arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993, à propos d'un mécanisme prévoyant la récupération des montants payés par l'INAMI en cas de dépassement du budget alloué aux prestations de biologie clinique, que :

> "La loi entreprise s'inscrit dans un système conçu pour lutter contre la surconsommation des prestations de biologie clinique. Afin d'empêcher un dépassement du budget destiné à ces prestations, le législateur a organisé un système de récupération des montants payés par l'I.N.A.M.I. au-delà de ce budget. Le législateur a modifié de la sorte les règles fixant l'intervention de l'assurance obligatoire dans ces prestations. Un système qui transforme une intervention illimitée en intervention provisoire dont le montant définitif est limité, n'est pas une privation de propriété, quelle que soit sa mise en œuvre concrète. Il ne peut être considéré ni comme une expropriation, ni comme une confiscation, ni comme un impôt déguisé";

que l'acte attaqué constitue une règle d'application de l'intervention de l'assurance soins de santé; que le simple fait que, sur la base de dispositions légales distinctes (les articles 73*bis* et 142 de la loi AMI), un remboursement correspondant au dommage causé à l'assurance soins de santé puisse être réclamé dans le cadre d'une procédure spécifique, ne porte pas atteinte au droit de propriété; que l'article 1er du protocole additionnel prévoit que l'usage des biens peut être réglementé dans l'intérêt général et en considération des conditions émises dans la loi ou dans les principes généraux édictés par le droit international et ce, sans préjudice de la compétence de contrôle des Etats relative à l'application de certaines normes; que les Etats disposent donc d'une large marge d'appréciation; qu'une restriction au droit de propriété est régulière si elle poursuit un but légitime et si la mesure est en lien immédiat avec ce but et s'avère proportionnée pour l'atteindre; que l'objectif est de garantir la qualité des soins faisant l'objet d'un financement public et que la mesure n'est pas manifestement disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi de garantir un investissement minimal des prestataires de soins et n'est pas manifestement disproportionnée par rapport à celui-ci.

C) Mémoire en réplique

Le requérant réplique, quant à la première branche, que l'acte attaqué viole bien la liberté thérapeutique et diagnostique puisqu'il a pour effet d'interdire au praticien de réaliser des soins remboursables qu'il estime nécessaires s'ils ont pour effet de lui faire dépasser l'un des seuils qu'il vise; qu'il ne s'agit pas de l'hypothèse où le dentiste aurait des réticences à effectuer des prestations non remboursables mais payables par le patient; qu'il s'agit d'une interdiction de poser un acte sous peine de remboursement de l'intervention de la sécurité sociale et d'une amende éventuelle; qu'il pourrait même s'agir de rembourser l'ensemble des prestations attestées au cours de la période; qu'il ne s'agit donc pas d'une simple interdiction de porter une prestation en compte, mais bien d'une interdiction de poser des prestations; que, du point de vue de la proportionnalité de la mesure, il convient de relever que l'acte attaqué va au-delà de l'objectif poursuivi, à savoir empêcher la fraude et/ou les prestations de mauvaise qualité, puisqu'il empêche un praticien d'accomplir une prestation une fois les seuils atteints, même s'il s'agit du seul acte à accomplir pendant une journée; que l'absence de qualité ou le caractère frauduleux de la prestation repose sur une présomption irréfragable qui n'est pas justifiée; qu'il n'est, en effet, pas démontré que toutes les prestations effectuées au-delà d'un seuil sont nécessairement frauduleuses ou de moindre qualité; que la partie adverse le reconnaît implicitement dans son mémoire en réponse en indiquant que le dépassement des quotas est "une indication qu'il [le dentiste] a, lors de la période donnée soit commis des fraudes, soit réalisé des prestations de pauvre qualité"; que le fait que le plafond est élevé n'enlève rien au fait que, une fois qu'il est atteint, le dentiste ne peut effectuer une prestation qu'il estimerait pourtant nécessaire et pour laquelle il ne pourrait être contesté qu'il se trouve dans des conditions optimales d'intervention; que le quota peut être dépassé sans que le praticien effectue des journées à 200 P, de sorte que les exemples donnés dans le mémoire en réponse ne sont pas pertinents; que l'exemple de 65 consultations ne correspond à aucune réalité et est fantaisiste puisqu'il s'agit d'un acte peu courant en dentisterie; que paradoxalement, le mécanisme mis en place peut conduire le praticien à travailler plus lentement pour ne pas atteindre le plafond de points P; que, par ailleurs, l'acte attaqué ne permet pas d'atteindre l'objectif poursuivi puisqu'il suffira aux fraudeurs de s'adapter aux quotas fixés; que l'acte attaqué ne permet pas d'atteindre l'objectif poursuivi puisque l'acte attaqué ne tient pas compte des prestations non remboursables réalisées; qu'un dentiste pourrait ainsi, après une journée passée à faire des prestations non-remboursables, porter frauduleusement en compte des prestations remboursables ou accomplir des prestations sans être dans les meilleures conditions pour garantir la qualité des soins; qu'un membre du Conseil technique dentaire a indiqué qu'il y aurait "lieu à l'avenir de revoir aussi le plafond P

en cas d'extension de la nomenclature. Sinon, les praticiens évolueront automatiquement vers un profil outlier"; que cela démontre que de nombreux dentistes n'ont pas un profil *outlier* uniquement parce qu'un grand nombre de leurs prestations ne sont pas comptabilisées dès lors qu'elles ne sont pas remboursables; que l'acte attaqué ne permet pas d'atteindre l'objectif poursuivi puisqu'il n'empêchera pas un praticien de travailler jusqu'à ce qu'il atteigne le seuil, le cas échéant en fraudant ou en fournissant des prestations de mauvaise qualité; que la mesure attaquée n'est donc pas proportionnée à l'objectif poursuivi puisqu'elle ne permet pas de l'atteindre (ou ne le permet que de manière discriminatoire, puisque ne visant que les dentistes ayant une patientèle majoritairement sociale) et va bien au-delà de l'objectif poursuivi puisqu'elle empêche l'accomplissement de prestations dont on ne pourrait raisonnablement présumer qu'elles sont frauduleuse ou de mauvaise qualité; que la meilleure solution aurait été d'utiliser ces quotas comme indicatifs de la nécessité d'une enquête fouillée, avec la prise en compte d'éventuelles explications; qu'en outre, seule une disposition de valeur législative peut porter atteinte à la liberté thérapeutique et diagnostique; et que l'arrêt de la Cour constitutionnelle cité par la partie adverse n'est pas pertinent puisque, comme il ressort du dossier administratif, l'acte attaqué n'est pas une mesure budgétaire mais a uniquement pour objectif de lutter contre le comportement frauduleux d'un nombre restreint de dentistes.

Il soutient, quant à la deuxième branche, que l'arrêté royal n° 78 classe les dentistes parmi les professionnels des soins de santé; que la protection de la santé étant inhérente à leur profession, ils ont intérêt à soulever un moyen tiré de la violation du droit à la santé des patients; que, contrairement à ce que soutient la partie adverse, c'est précisément parce que le praticien se conforme à l'acte attaqué qu'un patient pourrait se voir refuser des soins; qu'il est peu imaginable qu'un dentiste accepte d'effectuer une prestation dépassant le quota s'il sait qu'il s'expose à une obligation de rembourser son montant ainsi qu'à une sanction administrative; que le dentiste ne pourrait pas non plus refuser de délivrer une attestation de soins donnés; que le patient se verra donc refuser les soins ou l'attestation de soins donnés; et que le renvoi vers un autre praticien est contraire au principe fondamental du libre choix du praticien garanti par l'article 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient.

Il note, quant à la troisième branche, que l'objectif de l'acte attaqué est de coincer les fraudeurs que le SECM ne parvient pas à coincer en instaurant une forme de présomption irréfragable de fraude ou de mauvaise qualité des soins; que le fait que l'acte attaqué ne désigne personne comme fraudeur n'y change rien dès lors que les travaux préparatoires sont clairs; que la partie adverse indique bien dans son mémoire en réponse qu'un dentiste ne pourrait dépasser les quotas sans en même temps être fraudeur ou bâcler son travail; que l'atteinte à l'honneur et à la réputation des dentistes

qui atteindraient ces quotas est donc évidente; et qu'il n'en aurait pas été de même si ces quotas avaient juste constitué des signaux à l'attention du SECM.

Il ajoute, quant à la quatrième branche, qu'aucune justification du pourcentage qu'est supposé représenter le matériel par rapport aux honoraires appliqués n'est donnée; que la valeur du matériel utilisé n'est donc pas décrite objectivement; et qu'il n'est toujours pas possible de comprendre la manière dont le pourcentage attribué aux sous-valeurs "prestation", "matériel" et "intervention d'un tiers non praticien de l'art dentaire" a été attribué.

Il avance, quant à la cinquième branche, que, ainsi qu'il l'a été exposé à la troisième branche du premier moyen, les plafonds fixés par l'acte attaqué empêchent l'adoption d'une organisation du travail, même selon un rythme que la partie adverse qualifierait d'acceptable.

Il estime, quant à la sixième branche, que l'acte attaqué ne constitue pas une simple règle d'application de la nomenclature; que cette nomenclature énumère les prestations remboursées et précise les conditions dans lesquelles elles peuvent être portées en compte; que ces conditions sont déterminées par des règles d'application, qui sont des règles techniques visant notamment la qualification du praticien, le diagnostic justifiant la prestation, le déroulement de la prestation, le nombre de prestations, les formalités administratives permettant le remboursement; que le mécanisme mis en place par l'acte attaqué se distingue des autres règles d'application par le fait qu'il ne concerne pas les caractéristiques d'une ou plusieurs prestations réalisées pour un patient déterminé, mais bien l'ensemble de la pratique d'un praticien; qu'il ne s'agit donc pas d'une règle technique; que l'objectif de l'acte attaqué n'est pas de fixer des conditions de remboursement mais d'attacher une présomption irréfragable de fraude et d'empêcher des remboursements pour des prestations réellement effectuées; qu'un tel objectif, qui s'assimile à une forme de sanction d'un comportement frauduleux présumé, n'a pas sa place dans la nomenclature et constitue, en tout état de cause, une atteinte au droit de propriété; que cette atteinte est, par ailleurs, disproportionnée par rapport à l'objectif d'empêcher la fraude et d'assurer la qualité des soins dès lors qu'il va au-delà de cet objectif et ne permet pas de l'atteindre et que le montant réclamé sera indépendant des prestations effectivement réalisés et de leur qualité; et qu'il doute que le SECM procédera à une vérification de la réalité des prestations.

D) Dernier mémoire du requérant

Dans son dernier mémoire, le requérant fait valoir ce qui suit:

" [...]. Il est irréaliste de soutenir, ainsi que le fait le rapport de l'auditorat que dès lors que l'acte attaqué est présenté comme fixant une condition de remboursement, il ne porterait pas atteinte à la liberté diagnostique et thérapeutique Si une prestation est susceptible de ne pas être remboursée (ce qu'il n'est pas aisé pour le dentiste de prévoir - voy. 1er moyen), il n'est pas certain que le dentiste accepte de l'effectuer, même s'il l'estime médicalement nécessaire dès lors qu'il ne peut la porter en compte à l'INAMI, sous peine de devoir en rembourser le montant et de ne pas pouvoir le réclamer au patient.
S'agissant de la proportionnalité de l'atteinte à la liberté diagnostique et thérapeutique, il est renvoyé au point 25 du mémoire en réplique dans lequel il est précisé que:
- l'acte attaqué va bien au-delà de l'objectif poursuivi, à savoir éviter les fraudes et/ou les prestations dentistes d'accomplir tout acte en principe remboursable qu'il estimerait nécessaire, quand bien même il s'agirait du seul acte que le dentiste aurait à accomplir de mauvaise qualité [*sic*], dès lors que, une fois les quotas fixés atteints, il empêche les dans la journée [*sic*];
- l'acte attaqué ne permet pas d'atteindre l'objectif poursuivi (pp. 12-13, point 25 du mémoire en réplique).
On aurait pu admettre que le mécanisme du nombre de points P permette d'identifier des *outliers* qui feraient alors l'objet d'une vigilance approfondie de la part du SECM, mais on ne peut admettre que des prestations réellement effectuées en conformité avec les règles de remboursement doivent être considérées comme non remboursables et entraîner l'obligation, pour le praticien, de rembourser l'intervention de l'AMI en plus, éventuellement, d'une sanction administrative (1ère branche).

[...].Le rapport de l'auditorat indique que les patients continueront à être remboursés pour les soins qui leur seront dispensés.
Or, ce qui est dénoncé ce n'est pas tant le caractère non-remboursable des prestations qui seraient effectuées mais le fait que des prestations pourraient ne pas être effectuées en raison de leur caractère non remboursable.
Le rapport de l'auditorat suggère au prestataire de soins sur le point d'excéder les seuils de différer les soins ou de renvoyer vers un confrère. Cette suggestion est irréaliste puisqu'on ne peut pas tenir pour possible a priori de différer n'importe quel soin et qu'il n'est pas du tout certain qu'il soit possible en toutes circonstances de trouver un confrère capable de prendre en charge des soins urgents... Ce manque de réalisme est regrettable dès lors qu'il s'agit ici de l'accessibilité de soins dentaires (2ème branche).

[...]. Le point de vue du requérant n'est pas de dire que tout non-respect de la nomenclature serait attentatoire à la réputation des contrevenants mais est de dire que si le Roi a adopté l'acte attaqué dans l'objectif de coincer les fraudeurs, le fait de de dépasser les quotas qu'il fixe désignera automatiquement les personnes concernées comme «fraudeurs» sans leur permettre de se défendre et notamment de démontrer que les prestations ont bien été effectuées et ce, dans les règles de l'art (3ème branche).

[...].Si la partie requérante ne conteste pas que le dossier administratif mentionne le «matériel» nécessaire pour chaque prestation et le pourcentage que celui-ci est censé représenter par rapport aux honoraires appliqués (pièce 14 du dossier administratif, annexe III), elle constate en revanche qu'aucune justification du pourcentage qu'est supposé représenter le matériel par rapport aux honoraires appliqués n'est donnée. En d'autres termes, la valeur du matériel utilisé n'est pas décrite objectivement. La note explicative donnée par la CNDM donne des pourcentages de coût matériel mais n'explicite pas la méthode utilisée.
Il n'est donc toujours pas possible de comprendre la manière dont le pourcentage Ratio R-voir requête points 38 à 40) a été attribué à chacune des sous-valeurs

«prestation», «matériel», «intervention d'un tiers non praticien de l'Art dentaire» (4ème branche).

[...]. Pour la cinquième branche du moyen, le requérant renvoie à ses écrits de procédure antérieurs (5ème branche).

[...]. Il est un petit peu facile d'affirmer comme le suggère le rapport de l'auditeur au sujet de la sixième branche du moyen que ce serait en raison de son comportement que le dentiste serait privé de sa propriété et que cela suffirait à justifier la restriction au droit de propriété du dentiste travaillant dans le système du tiers-payant. Cette manière d'envisager les choses confirme si besoin en était que l'acte attaqué envisage le fait de dépasser les plafonds comme une faute. Derrière cette conception se cache l'objectif assigné à l'acte attaqué à savoir, d'assurer la qualité des soins et d'empêcher la fraude. Ce double objectif n'est pas rempli par l'acte attaqué (point 25 du mémoire en réplique; point 15 ci-avant) qui prévoit un mécanisme de sanction automatique, sans instruction au sujet de l'existence d'une fraude ou de prestations de mauvaise qualité. Il s'ensuit que les restrictions apportées au droit de propriété par l'acte attaqué ne sont pas régulières (6ème branche).

[...]. Pour le surplus, le requérant renvoie à ses écrits de procédure antérieurs".

V.2. Appréciation

A) Quant à la première branche

En vertu de l'article 73, §1er, alinéa 1er, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, dont le requérant invoque la violation, la liberté thérapeutique des praticiens de l'art dentaire doit être exercée "en tenant compte des moyens globaux mis à leur disposition par la société".

Aucune disposition de portée législative ne prescrit que l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités doit être illimitée. Au contraire, la loi coordonnée précitée prévoit expressément des possibilités de limitation de l'assurance soins de santé, à l'instar notamment de son article 35, §1er, alinéa 2, qui fonde l'acte attaqué et de laquelle il ressort notamment que le Roi est habilité à déterminer dans la nomenclature les paramètres sur la base desquels il peut limiter à un maximum le nombre des prestations pouvant être attestées au cours d'une période de référence déterminée. Si l'exercice, par le Roi, du pouvoir qui Lui est ainsi conféré peut avoir pour effet de limiter la liberté thérapeutique, à laquelle le requérant reproche précisément à l'acte attaqué de porter atteinte de manière déraisonnable, une telle limitation doit cependant demeurer proportionnée par rapport à l'objectif poursuivi.

En l'espèce, l'acte attaqué n'a pas pour objet d'interdire aux praticiens de l'art dentaire de prodiguer les soins qu'ils estimeraient nécessaires, mais bien de définir les conditions dans lesquelles l'assurance soins de santé interviendra dans la

prise en charge du coût de ceux-ci, étant entendu que, de l'accord des organismes assureurs et des représentants des prestataires de soins dentaires, il est impossible de réaliser correctement et régulièrement un nombre de prestations dépassant une certaine quantité chaque jour.

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

Il n'est pas exclu, nonobstant la légitimité de cet objectif, que l'application de l'acte attaqué puisse avoir quelque incidence sur l'activité de certains praticiens, qui puisse ainsi faire figure de limitation apportée à leur liberté thérapeutique, fût-ce de manière indirecte.

A cet égard, l'acte attaqué ne prévoit la cessation de l'intervention de l'assurance soins de santé – et donc l'obligation de rembourser une partie de celle-ci par les prestataires de soins – qu'au-delà d'un seuil déterminé. Ce faisant, l'acte attaqué n'interdit pas aux praticiens d'exercer leur art ni même d'attester des prestations dans le cadre du régime de l'assurance obligatoire soins de santé, mais énonce le principe selon lequel celle-ci cesse d'intervenir au-delà d'un certain seuil.

Par ailleurs, comme indiqué à propos du premier moyen, le requérant ne démontre pas en quoi les seuils fixés par l'acte attaqué seraient manifestement déraisonnables. En outre, le prestataire de soins a la possibilité de différer la réalisation des prestations qui seraient susceptibles de le mener à excéder ces seuils. Enfin, les soins non repris dans la nomenclature des prestations de soins ne sont pas visés par l'acte attaqué, de sorte que leur réalisation n'entre pas dans la limite qu'il institue.

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

Le moyen n'est, en conséquence, pas fondé en sa première branche.

B) Quant à la deuxième branche

L'article 23 de la Constitution est libellé comme suit:

" Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine.

A cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice.

Ces droits comprennent notamment :
1° le droit au travail et au libre choix d'une activité professionnelle dans le cadre d'une politique générale de l'emploi, visant entre autres à assurer un niveau d'emploi aussi stable et élevé que possible, le droit à des conditions de travail et à une rémunération équitables, ainsi que le droit d'information, de consultation et de négociation collective;
2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique;
3° le droit à un logement décent;
4° le droit à la protection d'un environnement sain;
5° le droit à l'épanouissement culturel et social;
6° le droit aux prestations familiales".

Cet article 23 implique, notamment pour ce qui concerne le droit à la protection de la santé, une obligation de *standstill*, qui s'oppose à ce que l'autorité compétente réduise sensiblement le degré de protection offert par la législation applicable, sans qu'existent, pour ce faire, des motifs liés à l'intérêt général.

Avant tout, l'acte attaqué n'a pas pour effet de limiter le remboursement des patients pour les soins qui sont attestés, fût-ce en méconnaissance d'un des plafonds de valeurs P que cet acte fixe.

Par ailleurs, si la réduction du niveau de protection de la santé devait consister en l'atteinte au droit du patient au libre choix du praticien professionnel, dans l'hypothèse où un praticien soucieux d'éviter le plafond de valeurs P inviterait son patient à s'adresser à un confrère, il convient de rappeler que le droit au libre choix du praticien professionnel est, selon l'article 6 de la loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient, consacré dans les limites imposées en vertu de la loi. En l'espèce, l'acte attaqué trouve son fondement dans l'article 35, § 1er, alinéa 2, troisième phrase, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 et la limite qu'il apporterait au libre choix du praticien répond donc à l'article 6 précité.

Enfin, le requérant, qui, dans son dernier mémoire, dénonce le caractère irréaliste de l'alternative qui pourrait consister dans le fait de différer une prestation de soins ou de diriger le patient vers un autre praticien, feint de perdre de vue que le plafond annuel de valeurs P – dont, faut-il le rappeler, il n'a pas soutenu qu'il avait été fixé de manière déraisonnable – est tel que les cas de dépassement devraient rester exceptionnels, de sorte qu'à le supposer irréaliste, le recours – tout aussi exceptionnel – à l'alternative ainsi critiquée ne pourrait suffire à révéler un réduction significative des garanties liées au droit à la protection de la santé.

Dès lors qu'il n'est pas établi que l'acte attaqué aurait pour effet de réduire significativement le droit des patients à la protection de la santé, le moyen ne peut être déclaré fondé en sa deuxième branche.

C. Quant à la troisième branche

Le requérant considère que l'acte attaqué porte atteinte à la réputation des praticiens qui dépassent l'un des seuils contestés, puisqu'il établit, dans leur chef, une présomption irréfragable de fraude.

L'acte attaqué n'établit pas de présomption de fraude, mais fixe une limite au-delà de laquelle l'assurance soins de santé n'intervient plus. Si, comme cela ressort de l'exposé des faits, la justification de l'adoption de l'acte attaqué est effectivement fondée sur le fait qu'un praticien ne peut correctement effectuer un nombre de prestations au-delà d'un certain seuil de valeurs P, il n'en résulte pas pour autant qu'il est porté atteinte à sa réputation.

Par ailleurs, les mesures qu'appellera, le cas échéant, le dépassement d'un des seuils de valeurs P fixés 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 1er, 2°, et 142, §1er, alinéas 1er, 2°, et 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994.

En outre, le requérant fait valoir, dans son dernier mémoire, que "le fait de dépasser les quotas [que l'acte attaqué] fixe désignera automatiquement les personnes concernées comme «fraudeurs» sans leur permettre de se défendre et notamment de démontrer que les prestations ont bien été effectuées et ce, dans les règles de l'art", sans toutefois exposer en quoi les procédures que déclencherait un dépassement du seuil de valeurs P auraient pour effet de désigner automatiquement pour "fraudeur" le praticien concerné et en quoi celui-ci ne pourrait se défendre. A cet égard, particulièrement, il ne soutient pas qu'une disposition de la loi coordonnée exclurait que le praticien concerné tentât de démontrer, à l'occasion d'une procédure initiée à son encontre, que le dommage financier subi par l'assurance soins de santé n'équivaut pas à celui estimé par le service d'évaluation et de contrôle médical.

Il suit de l'ensemble de ces considérations que le moyen, qui repose sur un postulat inexact, ne peut être accueilli en cette branche.

D) Quant à la quatrième branche

En substance, le moyen considère que l'acte attaqué est illégal puisqu'il n'est pas possible de déterminer comment la valeur P a été attribuée à chaque prestation.

Tel que développé dans les écrits de procédure du requérant, le moyen ne permet pas d'associer la critique qu'il formule à une disposition ou un principe que violerait l'acte attaqué.

Par ailleurs, à défaut pour le requérant de tenter de démontrer – voire même simplement de soutenir – que toutes les (ou, à tout le moins, certaines des) valeurs P auraient été fixées de manière déraisonnable, il ne fait pas apparaître en quoi le léserait le caractère prétendument arbitraire de l'attribution des valeurs P.

Le moyen est irrecevable en sa quatrième branche.

E) *Quant à la cinquième branche*

Le moyen, qui invoque une violation des articles II.3. et II.4. du Code de droit économique introduit par la loi du 28 février 2013 introduisant le Code de droit économique, reproche, en cette branche, à l'acte attaqué de porter atteinte à la liberté de commerce et d'industrie, particulièrement en tant que cette liberté implique une liberté d'organisation de l'activité.

Les articles II.3. et II.4. du Code de droit économique précité, qui figurent sous le titre 3 intitulé "Liberté d'entreprendre" du livre II intitulé "Principes généraux", sont libellés comme suit:

" Art. II.3. Chacun est libre d'exercer l'activité économique de son choix.

Art. II.4. La liberté d'entreprendre s'exerce dans le respect des traités internationaux en vigueur en Belgique, du cadre normatif général de l'union économique et de l'unité monétaire tel qu'établi par ou en vertu des traités internationaux et de la loi, ainsi que des lois qui intéressent l'ordre public et les bonnes moeurs et des dispositions impératives".

Ainsi consacrée, la liberté d'entreprendre implique notamment, dans le chef de celui à qui elle est reconnue, la liberté d'organiser son activité.

Cette consécration de la liberté d'entreprendre n'exclut pas que des limitations puissent y être apportées, pour autant qu'elles le soient sur la base d'un objectif légitime et qu'elles ne soient pas disproportionnées par rapport cet objectif.

Les mêmes motifs que ceux qui ont été exposés en réponse à la première branche de ce moyen, imposent d'admettre que la limitation apportée par l'acte attaqué à la liberté des praticiens de l'art dentaire d'exercer leur activité comme ils l'entendent est justifiée et raisonnable.

F. Quant à la sixième branche

En sa sixième branche, le moyen dénonce une atteinte au droit de propriété, qui n'est pas prévue par la loi, contrairement à ce que prescrivent les articles 16 de la Constitution et 1er du Premier Protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales.

Sans qu'il soit besoin de se prononcer sur la question de savoir si le système mis en place par l'acte attaqué, lu en combinaison avec les articles 35, §1er, alinéa 2, troisième phrase, 73*bis*, alinéa 1er, 2°, et 142, §1er, alinéas 1er, 2°, et 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, doit – à raison de son incidence éventuelle sur le sort des honoraires du praticien qui dépasse l'un des plafonds de valeurs P fixés par l'acte attaqué – s'analyser en une privation de propriété ou en une forme de réglementation de l'usage des biens, force est de constater qu'il trouve, en tout état de cause, son fondement dans la loi coordonnée le 14 juillet 1994. En effet, *primo*, l'acte attaqué, qui n'a d'autre objet que de fixer la mesure de l'intervention de l'assurance soins de santé, a été adopté par le Roi sur la base de l'habilitation que lui confère l'article 35, §1er, alinéa 2, de cette loi; *secundo*, l'interdiction d'attester des prestations qui ne satisfont pas aux conditions définies par les normes applicables, et notamment aux conditions relatives à la mesure de l'intervention de l'assurance soins de santé, est établie par l'article 73*bis*, alinéa 1er, 2°, de cette loi; *tertio*, la conséquence d'une méconnaissance de cette interdiction est définie par l'article 142, §1er, alinéas 1er, 2°, et 2, de cette même loi.

Par ailleurs, il s'impose d'observer que l'habilitation donnée au Roi par l'article 35, §1er, alinéa 2, précité, n'est pas critiquée, pas plus que la manière dont Il a mis en œuvre cette habilitation en adoptant l'acte attaqué.

Sur la base de ces éléments, il y a lieu de considérer que l'acte attaqué ne méconnaît pas l'exigence de légalité déduite des articles 16 de la Constitution et 1er du Premier Protocole additionnel à la Convention de sauvegarde des droits de l'homme et

des libertés fondamentales. Le moyen ne peut, en conséquence, être déclaré fondé en sa sixième branche.

VI. Troisième moyen

VI. 1. Thèses des parties

A) Requête en annulation

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

Il indique, dans une première branche, que l'acte attaqué prévoit des mesures qui doivent être considérées, par leur nature, leur objectif et leurs effets comme des sanctions administratives à caractère pénal à l'égard des dentistes; que de telles normes ne peuvent être prévues que par des normes législatives, sous réserve de délégations pour les éléments accessoires; que la doctrine et la section de législation considèrent que les éléments essentiels de la réglementation d'une sanction administrative doivent être fixés par la loi, en garantissant notamment que le contrevenant puisse faire valoir son point de vue avant que l'administration n'inflige la sanction; que les articles 12 et 14 de la Constitution consacrent le principe de la légalité des infractions et des peines, également applicables aux amendes administratives selon la section de législation; que les éléments décisifs pour qualifier une sanction administrative de sanction à caractère pénal sont, selon la section de législation du Conseil d'Etat, l'intention de réprimer la transgression d'une norme visant à protéger des valeurs essentielles à la vie en société, la mesure de la sanction et son degré de gravité; que, dès lors que l'acte attaqué nourrit l'ambition de lutter contre la fraude sociale d'un nombre restreint de personnes, la sanction qu'il prévoit revêt une nature pénale; que l'acte attaqué vise à sanctionner un manquement à des obligations s'imposant à une catégorie restreinte de personnes; que l'ampleur potentielle des sommes à rembourser confirme le caractère pénal de la sanction et, partant, la violation du principe de légalité des sanctions et des peines; qu'en vertu de l'article 142 de la loi AMI, le non-respect du quota de points P peut faire l'objet, outre du remboursement, de sanctions administratives; que ces sanctions ont un objectif répressif et doivent être définies dans le principe de légalité; et que l'acte attaqué n'est

pas une loi au sens formel et ne respecte pas l'exigence de prévisibilité comme indiqué dans la deuxième branche du premier moyen.

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

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

B) Mémoire en réponse

La partie adverse répond, quant à la première branche, que l'acte attaqué a pour objet de modifier la nomenclature des prestations de santé; qu'il est fondé sur l'article 35, § 1er, de la loi AMI; que l'acte attaqué détermine les règles d'application de la nomenclature, en vertu desquelles les prestations de soins dentaires donneront lieu à une intervention de l'assurance soins de santé; qu'il a été adopté par l'autorité compétente pour ce faire; que la section de législation n'a émis aucune réserve sur ce point; que l'acte attaqué ne prévoit pas des mesures qui pourraient être considérées comme des sanctions administratives à caractère pénal mais fixe les conditions devant être remplies pour qu'une prestation soit remboursable; que l'assurance soins de santé n'intervient pas dans des soins jugés de qualité insuffisante; que la mesure de cette qualité est fondée sur un coefficient déterminé par les professionnels du secteur; que les organes paritaires de l'INAMI ont raisonnablement considéré que, lorsque les plafonds sont dépassés, soit les prestations ne répondent pas à une qualité minimale, soit il y a fraude; qu'en vue de rencontrer ce problème, le Roi a affiné la description des conditions de remboursement en y adjoignant un coefficient d'implication

personnelle du prestataire, étant la valeur P; que, par ce biais, le Roi a défini plus avant les soins qu'Il considère ouvrir un droit à l'intervention de la sécurité sociale; qu'il a donc précisé ce qui relève des soins subsidiables ou n'en relève pas; et qu'il n'est donc pas question de sanction administrative à caractère pénal.

Elle répond, quant à la deuxième branche, que l'acte attaqué ne prévoit pas lui-même une quelconque sanction mais uniquement les conditions de remboursement des prestations dentaires; que les dispositions pertinentes de la loi AMI s'appliquent donc; et que la procédure d'instruction prévue par les articles 138 et suivants sont d'application lorsque les conditions de remboursement des prestations ne sont pas remplies et que, en application des articles 73*bis* et 142, des mesures doivent être prises.

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

C) Mémoire en réplique

Le requérant réplique, quant à la première branche, que l'acte attaqué ne constitue pas une simple règle d'application de la nomenclature; que son objectif est de lutter contre la fraude sociale d'un nombre restreint de praticiens en prévoyant la non-intervention de l'assurance soins de santé pour l'ensemble des prestations attestées au cours d'une période donnée, qu'elles soient de qualité ou non et qu'elles aient été réellement effectuées ou non, à partir du moment où le total des valeurs P excède certains seuils; et qu'un tel refus d'intervention pour des prestations qui, jusqu'à preuve du contraire, ont été réellement accomplies et sont de qualité, ne peut être interprété autrement que comme une sanction administrative à caractère pénal.

Il réplique, quant à la deuxième branche, que l'acte attaqué prévoit lui-même la sanction applicable puisqu'il dispose que l'assurance n'interviendra pas en cas de dépassement des prestations accomplies au-delà des seuils; et que l'interprétation de la partie adverse selon laquelle seules les sanctions prévues par la loi AMI s'appliqueraient s'écarte du texte de l'acte attaqué et n'offre pas de sécurité juridique suffisante.

Il renvoie aux développements relatifs aux deux premières branches du moyen et à sa requête pour ce qui concerne la troisième branche.

D) Dernier mémoire du requérant

Dans son dernier mémoire, le requérant fait valoir ce qui suit:

" 26. Le requérant renvoie à ses écrits de procédure antérieurs.
Il précise que selon lui l'acte attaqué, sous le couvert d'être une règle d'application de la nomenclature (point 38 du mémoire en réplique), instaure une véritable sanction automatique de prestations jugées de manière irréfragable peu qualitatives ou frauduleuses sans permettre au dentiste concerné de se défendre à cet égard.
Il lui paraît indifférent que les articles 139 et suivants de la loi du 14 juillet 1994 visée au moyen soit applicable puisqu'au terme de cette procédure la seule chose qui sera vérifiée c'est le dépassement ou non des seuils fixés par l'acte attaqué. Le fait que le dentiste n'ait pas entendu frauder ou n'ait pas effectué de prestations de mauvaises qualité ne pourra pas être pris en compte. Il faut se souvenir que l'acte attaqué a procédé du constat de l'incapacité du SECM à coincer les fraudeurs et qu'au lieu de prévoir que le dépassement des seuils serait un indice de fraude justifiant une enquête plus approfondie du SECM, il a été jusqu'à établir une présomption irréfragable de fraude pour les dentistes gros travailleurs.
Il est choqué par le fait que ce soit le Roi et non le législateur qui ait établi cette sanction aveugle et qu'il ne soit pas permis au dentiste intéressé de s'expliquer sur le dépassement de seuil et ce, d'autant plus que l'acte attaqué ne prévoit pas période de prestations à prendre en considération pour le calcul du respect des seuil et que la sanction est pour le moins imprécise (voy. à cet égard le premier moyen)".

VI.2. Appréciation quant aux trois branches réunies

En chacune de ses trois branches, et pour l'ensemble des critiques qui y sont formulées, le moyen procède d'une conception selon laquelle l'arrêté attaqué institue un mode de sanction du dépassement d'un certain volume de prestations attestées par les praticiens de l'art dentaire.

Loin d'organiser un mode de sanction, l'arrêté attaqué se borne à définir la mesure dans laquelle l'assurance soins de santé peut intervenir relativement aux prestations attestées par un praticien de l'art dentaire au cours d'une période déterminée. La conséquence du dépassement éventuel d'un des plafonds fixés aux fins de définir la mesure de cette intervention résulte non de l'acte attaqué, mais bien des dispositions de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, et plus particulièrement des articles 73*bis*, alinéa 1er, 2°, et 142, §1er, alinéas 1er, 2°, et 2, de celle-ci, qui définissent les suites qu'il convient de réserver à une intervention indue de l'assurance soins de santé. Contrairement à ce que soutient le requérant au fil de ses écrits de procédure, et notamment dans son dernier mémoire, c'est donc bien le législateur qui a organisé les conséquences liées à un dépassement des plafonds de prestations, et non le Roi, Lequel s'est limité – en adoptant l'acte attaqué – à faire usage de l'habilitation que Lui donne l'article 35, §1er, alinéa 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994, cette habilitation portant sur le pouvoir de "déterminer dans la nomenclature les paramètres

sur la base desquels Il peut limiter à un maximum le nombre des prestations pouvant être attestées au cours d'une période de référence déterminée".

Le moyen, qui repose ainsi sur un postulat inexact, ne peut, en conséquence, être déclaré fondé.

VII. Moyen nouveau

VII.1. Thèse de la requérante

A) Mémoire en réplique

Dans son mémoire en réplique, et après avoir pris connaissance du dossier administratif, le requérant prend un moyen nouveau, le quatrième, de l'incompétence de l'auteur de l'acte, de la violation de l'article 35, § 2, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, de l'article 8 du règlement d'ordre intérieur de la Commission nationale dento-mutualiste, et de l'article 8 du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique dentaire du 12 mai 2011.

Il indique, dans une première branche, qu'il n'est pas démontré que la délibération de la Commission dento-mutualiste a été régulièrement adoptée; que l'article 35, § 2, de la loi du 14 juillet 1994 prévoit que le pouvoir du Roi de modifier la nomenclature des prestations de soins suppose que la CNDM ait préalablement décidé de soumettre la proposition du Conseil technique dentaire au Comité de l'assurance; que le dossier administratif ne permet pas de déterminer si la CNDM a régulièrement statué sur le projet, dès lors qu'il est impossible de déterminer si le *quorum* requis était atteint; et qu'il appartient au membre de l'auditorat de réclamer la production de ce document.

Il soutient, dans une seconde branche, que la décision du Conseil technique dentaire a été prise à la suite d’une consultation écrite, qui n'est possible qu'en cas d'urgence; que l'article 8 de son règlement d'ordre intérieur du 12 mai 2011 dispose qu'"En cas d'extrême urgence, le président est autorisé à consulter les membres par écrit ou par e-mail. Le secrétariat du Conseil est chargé de cette consultation. Le délai de réponse est fixé par le président et ne peut être inférieur à quatre jours ouvrables. Lorsque deux ou plusieurs membres à voix délibérative dans ce délai de réponse communiquent qu'ils refusent une consultation écrite, le point concerné est inscrit à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil"; qu'en l'espèce, le Président du Conseil technique dentaire s'est limité à justifier cette

procédure dérogatoire par les termes suivants : "Vu l'extrême urgence du dossier « valeurs P »"; qu'en l'absence d'une motivation circonstanciée de l'urgence, rien ne justifiait de recourir à cette procédure; et que la proposition de texte initiale n'a donc pas été valablement adoptée.

B) Dernier mémoire du requérant

Dans son dernier mémoire, le requérant fait valoir ce qui suit:

" 30. Le requérant renvoie à ses écrits de procédure antérieures en ce qui concerne la première branche du moyen (l[ère] branche).

31. Le requérant est particulièrement perplexe à la lecture du rapport de l'auditorat qui juge incontestable que la motivation de l'extrême urgence permettant le recours à la consultation écrite du Conseil technique dentaire est particulièrement courte mais vient néanmoins au secours de la partie adverse en mettant en rapport l'allégation d'extrême urgence avec l'exposé des faits ayant mené à l'adoption de l'acte attaqué (qui pour rappel n'a pas été adopté par le Conseil technique de l'art dentaire mais par le Roi) et de l'existence de la Convention médicomutualiste 2015-2016.
Ces éléments, à supposer qu'il puisse être présumés avoir été ceux du Conseil technique dentaire ne permet pas de comprendre pourquoi la procédure ordinaire d'examen ne pouvait pas être suivie. A la connaissance du requérant, cette procédure ordinaire n'est pas excessivement longue. Comme le relève le rapport de l'auditorat, il se peut que la volonté ait été d'accélérer le caractère exécutoire du procès-verbal puisque ce dernier n'est en principe approuvé qu'à la réunion suivante. On ignore en l'espèce quand a été fixée la réunion suivante et la partie adverse est invitée à fournir des indications au sujet du délai de traitement moyen des dossiers par le Conseil technique de l'art dentaire. L'annulation de l'arrêté royal du 17 janvier 2013 par Votre Conseil n'est pas de nature à justifier l'urgence dès lors que ce dernier entre le 17 janvier 2013 et son annulation le 21 octobre 2014 n'a jamais été mis en oeuvre et qu'il n'est pas sérieux de prétendre que différer de quelques semaines l'entrée en vigueur de l'acte attaqué avait une quelconque importance. L'acte attaqué n'a d'ailleurs, à la connaissance du requérant jamais été mis en oeuvre.
La grande tolérance du rapport de l'auditorat tranche avec la sévérité avec laquelle votre Conseil, avec raison, examine la motivation de l'urgence ou de l'extrême-urgence quand le Roi sollicite que sa section de législation donne son avis selon la procédure d'urgence ou d'extrême urgence.
Votre Conseil a déjà pu considérer que:

> «L'urgence spécialement motivée, qui justifie que la section de législation du Conseil d'État ne soit pas consultée sur un projet d'arrêté réglementaire, doit ressortir du préambule de cet acte et consister dans l'indication des circonstances précises et pertinentes, corroborées par les pièces du dossier administratif et les explications éventuellement fournies par la partie adverse tenant à la procédure d'élaboration de l'acte, de nature à faire comprendre qu'une adoption de l'arrêté réglementaire après consultation de la section de législation du Conseil d'État, fût-ce dans le délai restreint de cinq jours, compromet la réalisation du but poursuivi par les mesures envisagées ainsi que l'utilité et l'efficacité de celles-ci ...
> Des considérations qui tentent de motiver l'urgence mais qui ne figurent pas dans le préambule d'un arrêté réglementaire constituent une motivation a posteriori qui ne sert pas l'exigence de motivation spéciale visée à l'article 3, § ler, des lois coordonnées sur le Conseil d'État» (C.E., arrêt n°226.141 du 21 janvier 2014, ASBL AWCCLP et Paquot).

L'on n'aperçoit pas ce qui justifierait d'avoir une lecture plus clémente de la motivation pour le moins sybilline de l'urgence justifiant le recours à la procédure écrite par le Conseil technique de l'art dentaire.
Il ne faut pas oublier que le Conseil technique dentaire se voit confier une mission légale d'initiative (ou d'avis) pour la modification de la nomenclature (article 35, §2, de la loi du 14 juillet 1994 précité. Si cette initiative (ou cet avis) est prise irrégulièrement, c'est l'acte final lui-même qui se trouve entaché d'irrégularité.
Le moyen est fondé en sa seconde branche (2ème branche)".

VII.2. Appréciation

A) Quant à la première branche

Il ressort des pièces communiquées par la partie adverse à la demande de l'auditeur rapporteur que la CNDM était régulièrement composée lorsqu'elle a décidé, le 27 janvier 2015, de "transmettre la proposition de modification de la nomenclature « valeurs P » figurant dans la note CNDM 2015-02 à la Commission de contrôle budgétaire et au Comité de l'assurance, sous réserve du résultat de la consultation électronique qui se termine le 28 janvier 2015 afin de rendre exécutoire la décision du conseil technique dentaire".

Le moyen nouveau n'est pas fondé en sa première branche.

B) Quant à la seconde branche

Les articles 7, 8 et 10 du règlement d'ordre intérieur du Conseil technique dentaire, approuvé par un arrêté royal du 12 mai 2011, publié au Moniteur belge le 10 juin 2011, sont libellés comme suit :

" DES VOTES

Article 7. Seuls les membres effectifs et les membres suppléants qui remplacent les membres effectifs absents ont une voix délibérative. Un membre suppléant ne vote que si un membre effectif au sein de ce même groupe de représentants est absent. Le président n'a pas de voix délibérative. Par la notion de « groupe », il faut entendre une organisation professionnelle représentative ou un organisme assureur ou une université.
Les décisions sont prises à la majorité simple des membres qui participent au vote, où il n'est pas tenu compte des abstentions.

En cas de parité de voix, la proposition est rejetée.

Article 8. En cas d'extrême urgence, le président est autorisé à consulter les membres par écrit ou par e-mail. Le secrétariat du Conseil est chargé de cette consultation. Le délai de réponse est fixé par le président et ne peut être inférieur à quatre jours ouvrables. Lorsque deux ou plusieurs membres à voix délibérative dans ce délai de réponse communiquent qu'ils refusent une consultation écrite, le point concerné est inscrit à l'ordre du jour de la prochaine réunion du Conseil".

"DU SECRETARIAT ET DES PROCES-VERBAUX

[…]

Article 10. Le projet de procès-verbal d'une séance est inscrit à l'ordre du jour de la prochaine réunion et soumis pour approbation pour autant qu'il ait été adressé aux membres au quatre jours avant la date de cette réunion. Dans le cas contraire, l'examen en vue de son approbation est reporté à la séance immédiatement ultérieure.
Sauf, lorsqu'il est fait appel à la procédure écrite de l'article 8, les décisions prises et les avis émis au cours d'une réunion ne deviennent exécutoires qu'après approbation du projet de procès-verbal de cette réunion".

En l'espèce, le recours à la consultation écrite des membres du Conseil technique dentaire, régie par l'article 8 du règlement d'ordre intérieur précité, a été motivé dans les termes suivants:

" Aux fins de rendre cette décision applicable à court terme et eu égard au caractère urgent de ce dossier, le Président décide de lancer une consultation écrite en application de l'article 8 du Règlement d'ordre intérieur".

Dès lors que le Conseil technique dentaire avait déjà pris position sur le texte à soumettre à la CNDM, on ne peut concevoir le recours à la procédure écrite que pour permettre à sa délibération de devenir exécutoire avant l'approbation du procès-verbal de cette réunion, conformément à ce que permet l'article 10, alinéa 2, du règlement.

S'il est indéniable que la motivation de l'urgence est particulièrement courte, il ressort clairement de l'exposé des faits, lequel fait notamment état de l'annulation de l'arrêté royal du 17 janvier 2013 par le Conseil d'Etat et de la Convention dento-mutualiste 2015-2016, qu'il entrait dans l'intention des membres de la CNDM de réintroduire au plus vite le système de quota instauré par l'acte attaqué, ce qui suffisait à justifier l'urgence permettant de recourir à la procédure écrite.

Aux considérations émises par le requérant dans son dernier mémoire, il y a lieu de répondre ce qui suit.

D'une part, ce que dénonce essentiellement le moyen, c'est l'insuffisance de motivation formelle de l'extrême urgence qui autoriserait le Conseil technique dentaire à recourir à la consultation écrite. Il ne vise toutefois pas les principes ou dispositions imposant une obligation de motiver formellement cette extrême urgence. N'est, pour cette raison, pas pertinente la comparaison avec la jurisprudence relative à l'obligation de motivation spéciale de l'urgence de laquelle se prévaut l'auteur d'un

projet d'arrêté réglementaire pour se dispenser de la consultation de la section de législation du Conseil d'Etat, l'obligation de motivation spéciale étant, dans ce cas, expressément prescrite par l'article 3, §1er, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973.

D'autre part, le requérant laisse entendre que l'extrême urgence serait contredite par le fait que l'arrêté royal du 17 janvier 2013 qui instituait – fût-ce selon des modalités différentes que celles que définit l'arrêté attaqué en la présente cause – un régime de limitation des prestations attestées similaire à celui qui est contesté en l'espèce, et qui a été annulé par le Conseil d'Etat, n'avait jamais été appliqué avant son annulation, et que l'arrêté attaqué n'a pas davantage été mis en œuvre. Le requérant ne fait toutefois état d'aucun élément qui permettrait de vérifier ses allégations.

Il suit de l'ensemble de ces considérations que le moyen nouveau n'est pas davantage fondé en sa seconde branche.

VIII. Dépens et indemnité de procédure

La partie adverse sollicite la condamnation de la requérante au paiement de l'indemnité de procédure de base de 700 euros.

Le requérant ne fait état d'aucun élément dont le Conseil d'Etat pourrait tenir compte pour réduire le montant de l'indemnité fixée.

Il y a lieu, en conséquence, de faire droit à la demande d'indemnité de procédure de la partie adverse.

Le rejet du recours justifie, par ailleurs, que les autres dépens soient mis à la charge du requérant.

PAR CES MOTIFS,
D E C I D E :

Article 1er.

La requête est rejetée.

Article 2.

Une indemnité de procédure d'un montant de 700 euros est accordée à la partie adverse, à la charge de la partie requérante.

Article 3.

Les dépens, liquidés à la somme de 200 euros, sont mis à la charge de la partie requérante.

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

M^me^	Pascale VANDERNACHT	Président de chambre f.f.,
MM.	David DE ROY	Conseiller d'Etat,
	Serge BODART,	Conseiller d'Etat,
M^me^	Katty LAUVAU,	Greffier.

Le Greffier, Le Président,

Katty LAUVAU. Pascale VANDERNACHT.