CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

VI^e CHAMBRE

A R R Ê T

n^o 242.872 du 7 novembre 2018

A. 217.612/VI-20.645

En cause :

1. **LOISEAU** Pierre-Yves,
2. **la société privée à responsabilité limitée CABINET DENTAIRE LOISEAU**,
3. **BRONCANO BASTOS** Esteva,
4. **HEUDENS** Valérie,

ayant élu domicile chez
M^e Jean-Pol DOUNY, avocat,
rue Louvrex 28
4000 Liège,

contre :

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

ayant élu domicile chez
M^es Pierre SLEGERS et
Céline POUPPEZ, avocat,
place Flagey 18/5
1050 Bruxelles.

I. Objet de la requête

Par une requête du 20 novembre 2015, Pierre-Yves LOISEAU, la société privée à responsabilité limitée CABINET DENTAIRE LOISEAU, Esteva BRONCANO BASTOS et Valérie HEUDENS demandent l'annulation de "l'article 9, alinéa 3, 5°, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1^er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relatif au régime du tiers payant, publié au Moniteur belge, le 23 septembre 2015, en ce qu'il ne permet plus au praticien de l'art dentaire d'invoquer la situation financière individuelle occasionnelle de détresse du patient pour appliquer le tiers payant pour des prestations pour lesquelles il est en principe interdit".

II. Procédure

La publication prescrite par l'article 3*quater* du règlement général de procédure a été requise le 22 décembre 2015.

Le dossier administratif a été déposé.

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

M^me^ Elisabeth WILLEMART, auditeur au Conseil d'État, a rédigé un rapport sur la base de l'article 12 du règlement général de procédure.

Le rapport a été notifié aux parties.

Les parties ont déposé un dernier mémoire.

Par une ordonnance du 19 février 2018, l'affaire a été fixée à l'audience du 21 mars 2018 à 10 heures.

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

M. Imre KOVALOVSZKY, président de chambre, a exposé son rapport.

M^e^ Kevin POLET, *loco* M^e^ Jean-Pol DOUNY, avocat, avocat, comparaissant pour les parties requérantes et M^e^ Pierre SLEGERS, avocat, comparaissant pour la partie adverse, ont été entendus en leurs observations.

M^me^ Elisabeth WILLEMART, auditeur au Conseil d'État, a été entendue en son avis conforme.

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

III. Contexte normatif et portée de l'arrêté attaqué

L'article 53, § 1er, alinéas 13, 14, 1°, et 19, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santés et indemnités, coordonnées le 14 juillet 1994, dispose comme suit:

" Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres et après avis du Comité de l'assurance, les conditions et règles conformément auxquelles, pour les prestations de santé qu'Il détermine, le régime du tiers payant est autorisé, interdit ou obligatoire. Est nulle, toute convention qui déroge à la réglementation édictée par le Roi en exécution de la présente disposition. Dans le cadre du régime du tiers payant, le Comité de l'assurance fixe les modalités administratives relatives à la transmission des documents prévus à l'alinéa 1er aux organismes assureurs. Le Roi peut, sous réserve des situations pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est obligatoire, également préciser les conditions et modalités selon lesquelles une interdiction d'application du régime du tiers payant est prononcée à l'égard de dispensateurs individuels. Le Roi peut, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres et après avis du Comité de l'assurance, subordonner, pour les prestations de soins qu'Il détermine, le régime du tiers payant à la vérification de l'identité du bénéficiaire. Le Roi peut prévoir des exceptions à celle-ci.

À partir du 1er juillet 2015, l'obligation d'application du régime du tiers payant est introduite vis-à-vis des bénéficiaires de l'intervention majorée de l'assurance visée à l'article 37, § 19, pour les prestations de santé délivrées par le médecin généraliste, telles que déterminées par le Roi, soit:

1° sur la base d'une proposition de la Commission nationale médico-mutualiste qui décide de sa transmission au Comité de l'assurance;

[…]

Le Roi peut, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, fixer les conditions et les cas dans lesquels une obligation de paiement de l'intervention de l'assurance par l'organisme assureur s'applique vis-à-vis de certaines catégories de dispensateurs de soins, qui apportent la preuve qu'ils ont consulté les données d'identité et d'assurabilité des assurés sociaux, précisées par Lui, et qui ont appliqué le régime du tiers payant conformément aux données d'identité et d'assurabilité précitées. Cette obligation de paiement ne vaut que vis-à-vis des dispensateurs de soins qui ont observé les dispositions légales ou réglementaires; l'obligation de paiement susmentionnée vis-à-vis des dispensateurs de soins n'enlève en outre rien à la possibilité de réclamer à l'assuré les interventions qui auraient été octroyées indûment, conformément aux dispositions de l'article 164."

L'article 9 de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relative au régime du tiers payant est rédigé de la manière suivante:

" CHAPITRE VII. — Prestations de santé pour lesquelles l'application du régime du tiers payant est possible

Art. 9. Le régime du tiers payant peut, selon les modalités telles qu'elles sont fixées dans les accords et conventions visés au titre III, chapitre V de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 ou, à défaut de tels accords ou conventions, par contrat particulier entre un secrétariat commun indiqué par les organismes assureurs et la personne

qui effectue les prestations de santé, toujours être appliqué pour l'intervention de l'assurance dans le coût de toutes les prestations de santé.

Par dérogation à l'alinéa 1er, l'application du régime du tiers payant est interdite sous réserve des articles 6, 7 et 8, pour le paiement de l'intervention de l'assurance:
1° dans le coût de toutes les prestations de santé visées au chapitre II de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984;
2° dans les frais de déplacement fixés conformément à l'article 50 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;
3° dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les numéros 0401-301011 et 0404-301033 à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984;
4° dans le coût des prestations de santé mentionnées sous les numéros de code repris sous la rubrique « TRAITEMENTS PREVENTIFS » figurant à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal précité du 14 septembre 1984;
5° dans le coût des prestations de santé dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, mentionnées sous l'intitulé « Soins conservateurs » à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité;
6° dans le coût des prestations de santé dispensées à des bénéficiaires non hospitalisés, mentionnées sous l'intitulé « Radiographies » à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité.

Les dispositions de l'alinéa 2 ne sont cependant pas d'application lorsque ces prestations de santé ont été dispensées:
1° dans le cadre d'un accord visé à l'article 52 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;
2° dans des centres de santé mentale, dans des centres de planning familial et d'information sexuelle et dans des centres d'accueil pour toxicomanes;
3° dans des établissements spécialisés dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés;
4° à des bénéficiaires qui décèdent en cours de traitement ou qui se trouvent dans un état comateux;
5° à des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse, sauf en cas de prestations de santé mentionnées à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité ;
6° aux bénéficiaires de l'intervention majorée, visés à l'article 37, § 19 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;
7° à des titulaires et aux personnes à leur charge qui sont dispensés de l'obligation de cotisation conformément à l'article 134 de l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, parce que les revenus annuels bruts imposables de leur ménage ne sont pas supérieurs au montant visé à l'article 14, § 1er, 3° de la loi du 26 mai 2002 concernant le droit à l'intégration sociale;
8° à des bénéficiaires qui sont pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités en chômage contrôlé, qui ont depuis au moins six mois la qualité de chômeur complet au sens de la réglementation relative au chômage, et qui au sens de cette dernière réglementation ont la qualité de travailleur ayant charge de famille ou d'isolé, ainsi que les personnes qui sont à leur charge;
9° à des bénéficiaires qui remplissent les conditions médico-sociales pour obtenir le droit aux allocations familiales majorées conformément à l'article 47 de la loi générale du 19 décembre 1939 relative aux allocations familiales et les personnes qui sont à leur charge;
10° à des bénéficiaires du statut affection chronique, visé à l'article 37vicies/1 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;
11° à des patients palliatifs à domicile au sens de l'arrêté royal du 2 décembre 1999 déterminant l'intervention de l'assurance soins de santé obligatoire pour les médicaments, le matériel de soins et les auxiliaires pour les patients palliatifs à domicile visés à l' article 34, 14°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de

santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994.

L'application du régime du tiers payant n'est pas non plus interdite pour les prestations 109045, 109060 et 109082.

L'application du régime du tiers payant n'est pas non plus interdite lorsque les prestations sont fournies dans le cadre d'un service de garde organisé visé à l'article 28 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé ou d'un service de garde de médecine générale organisé conformément à la section II du chapitre II de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes".

Le préambule dudit arrêté royal est rédigé comme suit:

" Vu la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, l'article 53, § 1er, alinéas 13, 14, 1° et 19, modifiés en dernier lieu par la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé;
Vu l'arrêté royal du 10 octobre 1986 portant exécution de l'article 53, § 1er, alinéa 9, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;
Vu l'arrêté royal du 3 juillet 1996 portant exécution de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994;
Vu la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste du 2 mars 2015;
Vu l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 27 mai 2015;
Vu l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 1er juin 2015;
Vu l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 19 juin 2015;
Vu l'accord du Ministre du Budget, donné le 9 juillet 2015;
Vu l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative;
Vu l'avis 58.038/2/V du Conseil d'État, donné le 14 septembre 2015, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973;
Sur la proposition de la Ministre des Affaires sociales, et de l'avis des Ministres qui en ont délibéré en Conseil,"

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 vise, en son article 5, § 2, les prestations de soins dentaires dispensées à des patients au-delà du 18ème anniversaire.

S'agissant des soins dentaires, il résulte des dispositions qui précèdent que le système du tiers payant peut être appliqué:

- pour toutes les prestations de l'art dentaire effectuées chez les patients de moins de 18 ans (art. 9, al. 1er, combiné avec l'article 5, § 1er, de la nomenclature INAMI qui vise les "prestations jusqu'au 18éme anniversaire");
- pour les consultations chez des dentistes spécialistes, la parodontologie, l'orthodontie, les extractions, les suppléments d'urgence et les prestations en matière de prothèses amovibles et d'implants oraux (art. 9, al. 1er, combiné avec l'article 5, §§ 2, 3 et 4, de la nomenclature INAMI).

En revanche, à partir du 18éme anniversaire du patient, le tiers payant est en principe interdit :

- pour les consultations au cabinet d'un dentiste généraliste, d'un médecin spécialiste en stomatologie ou d'un médecin-dentiste, ainsi que pour la consultation d'un praticien de l'art dentaire, demandée par un médecin, au domicile du malade (art. 9, al. 2, 3°);
- pour les prestations visées à l'article 5, § 2, de la nomenclature INAMI, sous la rubrique "traitements préventifs" (art. 9, al. 2, 4°);
- pour les prestations visées à l'article 5, § 2, de la nomenclature INAMI, sous la rubrique "soins conservateurs", lorsqu'elles sont dispensées en dehors d'une hospitalisation (art. 9, al. 2, 5°);
- pour les prestations visées à l'article 5, § 2, de la nomenclature INAMI, sous la rubrique "radiographies", lorsqu'elles sont dispensées en dehors d'une hospitalisation (art. 9, al. 2, 6°).

Toutefois, par dérogation à ces interdictions, le système du tiers payant peut être appliqué :

- dans le cadre d'un accord visé à l'article 52 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994;
- si les soins ont été dispensés dans un lieu particulier: un centre de santé mentale, un centre de planning familial et d'information sexuelle, un centre d'accueil pour toxicomanes (art. 9, al. 3, 2°), ou un établissement spécialisé dans les soins aux enfants, aux personnes âgées ou aux handicapés (art. 9, al. 3, 3°);
- si les soins ont été dispensés à un patient qui décède en cours de traitement ou qui se trouve dans un état comateux (art. 9, al. 3, 4°) ;
- si les soins ont été dispensés à un patient relevant de l'une des catégories énumérées à l'article 9, al. 3, 6° à 8° :
    - bénéficiaire ayant droit à l'intervention majorée;
    - bénéficiaire dispensé de la cotisation personnelle en tant que bénéficiaire résident dans le cadre de l'assurance obligatoire soins de santé, parce que le salaire annuel brut de son ménage est inférieur au montant annuel du revenu d'intégration;
    - bénéficiaire qui, pour l'application de l'assurance obligatoire soins de santé, est un chômeur contrôlé, qui a depuis 6 mois au moins la qualité de chômeur complet, ainsi que les personnes à sa charge;
- si les soins ont été dispensés à un patient appartenant à l'une des catégories énumérées à l'article 9, al. 3, 9° à 11° (patient bénéficiant d'allocations familiales majorées, patient affecté d'une maladie chronique, patient en soins palliatifs à domicile).

Enfin, le système du tiers payant peut être appliqué pour les prestations dispensées dans le cadre d'un service de garde organisé (art. 9, dernier alinéa).

En résumé, jusqu'à l'entrée en vigueur de l'acte attaqué, les dentistes pouvaient, comme les autres dispensateurs de soins de santé, pratiquer le système du tiers payant pour les soins prodigués "à des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse" (article 9, al. 3, 5°). L'acte attaqué exclut cette possibilité "en cas de prestations de santé mentionnées à l'article 5, § 2 de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité", c'est-à-dire pour les soins dentaires au-delà du 18e anniversaire. C'est sur ce point précis que porte la critique des parties requérantes.

Un recours en annulation a été introduit auprès de la Cour constitutionnelle, contre l'article 20 de la loi du 17 juillet 2015 portant des dispositions diverses en matière de santé. Cet article modifie l'article 53, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santés et indemnité, qui constitue le fondement légal de l'acte attaqué. Ce recours a été rejeté par l'arrêt n° 137/2016 du 20 octobre 2016.

IV. Premier moyen

IV.1. Thèses des parties

A. La requête

Le premier moyen est pris de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, du livre II, titre 3 de la loi du 28 février 2013 introduisant le Code de droit économique, du principe de l'interdiction de l'arbitraire ainsi que les principes du raisonnable et de la proportionnalité.

En une deuxième branche, les parties requérantes font valoir que "la mesure attaquée viole […] les articles 10 et 11 de la Constitution ainsi que les principes de l'interdiction de l'arbitraire, du raisonnable et de la proportionnalité", en ce qu'elle crée une discrimination injustifiée entre les patients qui se trouvent dans la même situation. Ils estiment que la mesure attaquée a pour effet que des patients se trouvant exactement dans la même situation de détresse financière, ne seront pas traités de la même manière selon que cette détresse est reconnue comme durable – auquel cas le dentiste pourra les faire bénéficier du régime du tiers payant et ils auront

donc accès aux soins de santé – ou selon que celle-ci ne serait que passagère – auquel cas ils pourront se voir appliquer ce régime par le dentiste et risquent donc de rester sans soins. Selon les parties requérantes, cette inégalité n'est pas justifiée par des critères objectifs. Elles affirment en outre qu' "un lien raisonnable de cause à effet doit exister entre les motifs et les décisions", que "normalement, les motifs d'un acte attaqué doivent être établis par un dossier" et que "le raisonnement qui a mené l'autorité à agir comme elle l'a fait sur base des éléments dont elle disposait doit pouvoir être décelé et sa logique analysée afin de vérifier si les critères du raisonnable et de la proportionnalité sont respectés". Elles estiment qu'en l'absence de ces éléments, les principes invoqués sont violés.

B. Le mémoire en réponse

La partie adverse soulève des exceptions d'irrecevabilité relatives à la deuxième branche.

Elle soutient que les première et deuxième parties requérantes n'ont pas intérêt à cette branche, puisqu'elles ne sont pas des patientes et que les troisième et quatrième parties requérantes n'établissent pas leur intérêt, notamment eu égard à l'amélioration du statut BIM qui a pour conséquence que les patients qui sont effectivement en situation de détresse se voient désormais intégrés dans ce statut. Pour la partie adverse, "l'affirmation non autrement étayée de ces parties requérantes qu'ils sont des patients qui se trouvent dans une situation ponctuelle de détresse n'est pas pertinente". Selon elle, "par la création du statut de Bénéficiaire de l'Intervention Majorée, la « répétition » ou la « permanence » de situations ponctuelles de détresse est, en effet exclue".

Sur le fond, la partie adverse considère que l'acte attaqué ne crée aucune différence de traitement injustifiée et disproportionnée entre patients, qu'il n'existe pas de droit subjectif à l'intervention inconditionnée de l'assurance soins de santé et qu'il n'existe pas davantage de "droit" inconditionné à l'application du tiers payant. Elle rappelle que l'article 53 de la loi coordonnée du 14 juillet 1994 prévoit que le Roi fixe les conditions d'application du tiers payant et estime que cette disposition implique que des limitations peuvent être prévues pour pouvoir bénéficier du régime favorable que constitue le tiers payant. Elle relève que, "comme le souligne l'accord national dento-mutualiste, il n'était plus nécessaire, afin d'assurer l'accessibilité financière des soins dentaires concernés, de maintenir l'exception concernée" et affirme qu'à l'inverse, les constats d'abus exigeaient qu'une mesure soit prise.

C. Le dernier mémoire des parties requérantes

Dans leur dernier mémoire, les parties requérantes exposent que les services de garde organisés, visés à l'article 28 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 n'ont jamais pratiqué le régime du tiers payant, ni pour les détresses financières, ni même pour les patients BIM ou les enfants. Elles soulignent que, dans le cadre de l'article 9 de l'arrêté royal du 18 septembre 2015, le système du tiers payant est facultatif. Elles affirment que le service de garde officiel est organisé par les différentes commissions provinciales, qui le sous-traitent aux chambres syndicales lesquelles ne choisissent pas nécessairement des dentistes pratiquant le tiers-payant, ce qui empêche les patients en situation individuelle occasionnelle de détresse de bénéficier de soins dentaires urgents dans les services de garde officiels, ni pour eux-mêmes, ni pour leurs enfants.

Elles exposent que si les patients inscrits dans les maisons médicales bénéficient d'office du tiers payant quels que soient leurs revenus, les prestations étant directement payées au "forfait caputaire", d'une part, cela ne concerne que les patients qui y sont inscrits et, d'autre part, l'INAMI n'a pas encore accepté de calculer le forfait caputaire des dentistes, ce qui prive ces derniers du droit de travailler au forfait et de faire bénéficier tous leurs patients du régime du tiers payant. Elles ajoutent que si certaines maisons médicales ont un cabinet dentaire attenant, celui-ci travaille à l'acte comme n'importe quel autre cabinet dentaire.

Quant aux services hospitaliers, les parties requérantes soulignent que la pratique n'est pas univoque: certains hôpitaux se contentent de réorienter les patients vers les services de garde dentaire officiels organisés, tandis que dans d'autres cas, les polycliniques des hôpitaux organisent elles aussi leur propre service de garde dentaire, étant entendu que ce sont à nouveau les mêmes règles relatives au tiers payant qui s'appliquent comme pour tout cabinet dentaire, ce qui implique que les patients en situation individuelle occasionnelle de détresse ne peuvent bénéficier du tiers payant.

D. Le dernier mémoire de la partie adverse

Sur la deuxième branche, la partie adverse rappelle que l'application du tiers-payant à la catégorie des patients en situation occasionnelle de détresse, dont la situation n'est pas contrôlée autrement que par une attestation sur l'honneur, a fait

l'objet de constats d'abus spécifiques au secteur de la dentisterie, et ce parfois avec le concours des patients. Au regard de la mesure considérée, les deux catégories de patients, en situation de détresse occasionnelle ou durable, se trouvaient dans une situation essentiellement différente: les premiers bénéficiaient de cette modalité dérogatoire d'accès aux soins sur la base d'une déclaration sur l'honneur tandis que les seconds devaient voir leur situation objectivée par une décision administrative.

Elle attire l'attention sur la portée exacte de l'acte attaqué et, en particulier, de la mesure critiquée, laquelle ne porte atteinte, selon elle, ni à la possibilité de bénéficier de soins dentaires, ni à la remboursabilité des soins, ni au droit à l'honoraire dans le chef du prestataire de soins. Elle souligne que l'acte attaqué n'affecte qu'une modalité particulière d'accessibilité aux soins, à savoir la possibilité d'appliquer le tiers-payant en cas de situation occasionnelle de détresse. Elle ajoute que la modalité en cause n'est affectée que de manière particulièrement réduite, à savoir uniquement dans un secteur spécifique (la dentisterie) et pendant les heures "normales" de consultation, tandis que, pendant les périodes de garde (la soirée, la nuit, le début de journée, le week-end et les jours fériés), la possibilité de bénéficier du tiers-payant demeure. Elle relève par ailleurs que les dentistes avaient, dans le régime antérieur, la faculté, dérogatoire au principe d'interdiction, d'appliquer le tiers payant aux patients en situation individuelle occasionnelle de détresse et qu'il ne s'agissait donc pas d'un droit dont bénéficiaient automatiquement les patients pour tous les soins mais d'une faculté laissée à l'appréciation d'un dentiste ayant établi une relation de confiance avec son patient et qui décidait sur cette base d'appliquer le tiers payant. Or, poursuit-elle, c'est précisément au motif que l'auto-contrôle par le professionnel de la santé a montré ses limites, que le régime a été marginalement modalisé. Elle en déduit que la différence de traitement entre les patients en situation individuelle occasionnelle de détresse financière et les patients en situation de détresse financière durable se justifie par le souci de prévenir la fraude et de lutter contre celle-ci.

Elle estime que la mesure prise respecte le principe de proportionnalité "en ce que l'accessibilité des patients en situation de détresse financière est assurée par l'élargissement de l'accessibilité du statut BIM à un plus grand nombre de bénéficiaires, par la définition plus précise des cas dans le[s]quel[s] le tiers payant est obligatoire et les autres exceptions aux cas visés par l'interdiction prévue à l'article 9, al. 2, 2° à 6°, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 (devenu article 9/2)".

La partie adverse expose qu'il existe des solutions alternatives à l'interdiction visée par la mesure: pour les soins urgents, si le patient doit être

hospitalisé ou s'il se trouve dans une situation comparable (admission dans un lit), il bénéficiera alors du tiers payant obligatoire (article 6, *in fine*, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015). En outre, les dentistes officiant au sein des services de garde officiels organisés sont autorisés à faire bénéficier leurs patients, y compris ceux qui se trouveraient en situation individuelle occasionnelle de détresse financière, du régime du tiers payant. Par conséquent, ces derniers ne sont donc pas totalement privés de la possibilité de recevoir des soins dentaires urgents en bénéficiant du système du tiers payant. Elle en déduit que la mesure est proportionnée, le Roi l'ayant limitée aux hypothèses dans lesquelles la possibilité de recourir au tiers payant a donné lieu à des abus.

Elle relève que si les parties requérantes ne contestent pas l'existence juridique de ces alternatives, elles tentent de remettre en question leur fonctionnement en pratique, invoquant notamment la circonstance qu'il ne s'agit que d'une faculté et non d'une obligation dans le chef des dentistes assurant ces gardes. La partie adverse souligne à ce propos que la modification intervenue a eu pour effet de supprimer ce qui n'était, également, qu'une faculté et non une obligation dans le chef des dentistes, de sorte que les patients souhaitant bénéficier de soins dentaires urgents au sein des services de garde organisés ne voient pas leur situation changer par la circonstance qu'il ne s'agit que d'une faculté dans le chef des dentistes concernés.

Elle fait valoir également que les "carences" qui, selon les parties requérantes, affectent l'effectivité des services de garde ne sont étayées par aucune pièce. Elle souligne également que si les services de garde organisés officiels n'assurent pas de garde 24h/24 et 7j/7, cette limitation ne s'applique pas uniquement aux patients en situation de détresse financière occasionnelle, aucun patient n'ayant accès 24 h/24 à un service de garde organisé, qu'il soit en situation de détresse financière durable ou occasionnelle. Elle estime qu'il convient toutefois de rappeler que ces services existent, qu'ils assurent des gardes effectives pour les soins dentaires urgents et, plus fondamentalement, que ces derniers sont totalement libres, en vertu de l'article 9, alinéa 5, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015, de pratiquer le système du tiers payant pour les patients en situation de détresse financière occasionnelle. Selon la partie adverse, les parties requérantes opèrent en réalité une confusion entre une impossibilité juridique - non démontrée en l'espèce - de pouvoir faire bénéficier du tiers payant la catégorie de patients concernée pour leurs éventuels soins dentaires urgents et l'impossibilité d'avoir un accès garanti 24h/24 à ces mêmes soins. Or, selon elle, si la première situation est de nature à porter atteinte de façon disproportionnée aux droits des patients en situation individuelle occasionnelle de détresse financière,

la seconde dépasserait le seul cas de cette catégorie de patients et n'aurait, dès lors, aucun impact sur l'égalité entre les patients en situation de détresse occasionnelle et durable.

En conclusion, la partie adverse fait valoir que les patients en situation individuelle occasionnelle de détresse financière peuvent bénéficier du système du tiers payant dans le cadre de soins dentaires urgents dispensés au sein de services de garde organisés ou à l'hôpital et qu'ils ne sont donc pas totalement privés du bénéfice du système précité pour des soins dentaires urgents. Elle en déduit que la mesure attaquée est justifiée et proportionnée.

IV.2. Appréciation du Conseil d'État

Les règles constitutionnelles de l'égalité et de la non-discrimination contenues dans les articles 10 et 11 de la Constitution n'excluent pas qu'une différence de traitement soit établie entre certaines catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et qu'elle soit raisonnablement justifiée. Les mêmes règles s'opposent encore à ce que soient traitées de manière identique, sans justification raisonnable, des catégories de personnes se trouvant dans des situations qui, au regard de la mesure considérée, sont essentiellement différentes. L'existence d'une telle justification doit s'apprécier en tenant compte du but et des effets de la mesure critiquée ainsi que de la nature des principes en cause. Le principe d'égalité est violé lorsqu'il est établi qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé.

Les parties requérantes invoquent une discrimination entre deux catégories de patients: les patients qui se trouvent en situation de détresse financière durable, lesquels continuent de bénéficier du mécanisme du tiers payant, et les patients qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse, lesquels ne bénéficient plus du mécanisme du tiers payant pour les soins dentaires au-delà du 18^{éme} anniversaire.

Il y a lieu de constater que la première partie requérante est dentiste, que la deuxième partie requérante est une s.p.r.l. ayant pour objet social toutes opérations se rapportant à l'exploitation d'un cabinet dentaire, et que ces parties requérantes ne relèvent donc d'aucune des deux catégories précitées, à savoir des patients, de sorte que, ainsi que le soutient la partie adverse, la deuxième branche du moyen n'est pas recevable en tant qu'elle est soulevée par ces deux parties requérantes. Elle l'est bien,

en revanche, en ce qu'elle est soulevée par les troisième et quatrième parties requérantes, auxquelles la disposition attaquée est susceptible de s'appliquer.

Par ailleurs, les deux catégories de patients en détresse financière, selon que la détresse est durable ou non durable, ne se trouvent pas dans une situation comparable en ce qui concerne les soins dentaires non urgents, lesquels peuvent être planifiés ou postposés. En effet, les patients qui se trouvent en situation de détresse financière durable ne sont en principe pas en mesure de planifier ou de postposer les interventions non urgentes à un moment où leur situation se sera améliorée, tandis que ceux qui se trouvent en situation financière individuelle occasionnelle de détresse devraient en principe être en mesure de postposer les soins non urgents.

En revanche, les deux catégories de patients en détresse financière se trouvent dans une situation comparable en ce qui concerne les soins dentaires urgents, lesquels ne peuvent pas être planifiés ou postposés. La différence de traitement dénoncée dans la requête ne sera donc examinée qu'en tant qu'elle concerne les soins dentaires urgents.

La partie adverse expose que la mesure a pour but de lutter contre des fraudes avérées chez certains praticiens. Elle soutient également, afin de justifier la mesure critiquée, que la catégorie des bénéficiaires se trouvant dans "une situation financière individuelle occasionnelle de détresse" serait devenue inutile en raison de l'élargissement d'autres catégories de bénéficiaires. La partie adverse insiste particulièrement sur ce point dans son dernier mémoire. Il y a toutefois lieu de constater que l'exception en faveur des bénéficiaires qui se trouvent dans une situation financière individuelle occasionnelle de détresse n'est supprimée que pour les prestations de santé mentionnées à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité, c'est-à-dire "les prestations de soins dentaires dispensées à des patients au-delà du 18e anniversaire". Le maintien de cette catégorie de bénéficiaires pour des prestations de santé autres que les soins dentaires, notamment les consultations chez un médecin généraliste, dément son inutilité. Il s'ensuit que seule la lutte contre la fraude, qui, selon la partie adverse, serait constatée particulièrement chez les dentistes, serait de nature à justifier la mesure.

L'arrêté royal n'est pas assorti d'un Rapport au Roi, mais il est précédé d'une série de propositions et d'avis mentionnés en termes de préambule. Sont ainsi visés:

- la proposition de la Commission nationale médico-mutualiste du 2 mars 2015;

- l'avis de la Commission de contrôle budgétaire, donné le 27 mai 2015;
- l'avis du Comité de l'assurance soins de santé, donné le 1er juin 2015;
- l'avis de l'inspecteur des Finances, donné le 19 juin 2015;
- l'accord du ministre du Budget, donné le 9 juillet 2015;
- l'analyse d'impact de la réglementation réalisée conformément aux articles 6 et 7 de la loi du 15 décembre 2013 portant des dispositions diverses en matière de simplification administrative;
- l'avis 58.038/2/V du Conseil d'État, donné le 14 septembre 2015, en application de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 2°, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

La proposition de la Commission nationale médico-mutualiste du 2 mars 2015 n'est pas jointe au dossier administratif. Par ailleurs, aucun des documents visés dans le préambule de l'acte attaqué et joints au dossier administratif ne comporte une justification spécifique propre à la suppression du tiers payant pour les prestations dentaires en cas de situation individuelle occasionnelle de détresse.

Le dossier administratif contient toutefois l'accord dento-mutualiste, conclu le 23 décembre 2014, pour les années 2015-2016, qui comporte notamment les passages suivants:

" 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 :
[…]
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 (…). 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 le statut de personne atteinte d'une affection chronique).
[…] ".

L'objectif de prévention et de lutte contre la fraude, s'il n'a pas été expressément relayé dans le préambule de l'acte attaqué, est donc confirmé par les pièces du dossier administratif déposées par la partie adverse.

Sur la base des considérations reprises dans l'accord dento-mutualiste, figurant au dossier administratif, il peut être considéré qu'en interdisant d'appliquer le

tiers payant en cas de "situation individuelle occasionnelle de détresse" pour les seules prestations de soins dentaires, l'acte attaqué introduit une différence de traitement présentant un degré suffisant de pertinence par rapport au but visé, à savoir la prévention et la lutte contre les "abus commis par certains praticiens de l'art dentaire, parfois avec le concours du patient ".

Il convient encore d'apprécier la proportionnalité de la différence de traitement ainsi introduite.

Force est d'abord de constater que la mesure critiquée ne peut être considérée comme étant une mesure "ciblée", ainsi que l'annonce l'accord dento-mutualiste précité, puisqu'elle s'applique à tous les patients qui pourraient se trouver en situation financière individuelle occasionnelle de détresse, quel que soit le praticien auquel ceux-ci s'adressent.

La partie adverse souligne en vain que l'acte attaqué n'affecte ni la possibilité d'obtenir des soins ni la remboursabilité de ceux-ci, la mesure contestée ne concernant qu'une modalité particulière du remboursement des soins lorsque ceux-ci sont prodigués pendant les heures "normales". En effet, la suppression de la possibilité d'appliquer le tiers payant pour les prestations de soins dentaires dispensés aux patients ayant dépassé leur 18ème anniversaire peut constituer un frein sérieux à l'accès aux soins lorsque ces patients sont dans une situation financière occasionnelle de détresse, de sorte qu'elle ne peut être considérée comme marginale.

Certes, ainsi que le relève également la partie adverse, la réglementation attaquée maintient la possibilité d'appliquer le régime du tiers payant aux bénéficiaires se trouvant dans une situation financière occasionnelle de détresse lorsque les prestations sont fournies dans le cadre d'un service de garde organisé visé à l'article 28 de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions de soins de santé ou d'un service de garde de médecine générale organisé conformément à la section II du chapitre II de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes. Cette circonstance n'est toutefois pas de nature à relativiser l'impact de la mesure en cause. En effet, même si, pour reprendre le raisonnement de la partie adverse, il en résulte qu'il n'existe, pour les patients concernés, aucune "impossibilité juridique" de bénéficier des soins dentaires urgents sous le régime du tiers payant, il n'en demeure pas moins que, pour bénéficier de ce régime, les patients se trouvant dans une situation financière occasionnelle de détresse ne pourront que recourir aux services de garde organisés sans toutefois

qu'existe la moindre garantie que le ou les praticiens de garde pratiquent le tiers payant, ce qui démontre qu'il ne s'agit pas d'une alternative adéquate à la mesure adoptée par l'acte attaqué. Quant à l'application, obligatoire, du système du tiers payant en cas d'hospitalisation, dont se prévaut également la partie adverse pour minimiser l'impact de la mesure contestée, il s'agit d'une hypothèse à ce point restrictive par rapport à tous les soins urgents pouvant être dispensés en dentisterie qu'elle ne peut être considérée comme constituant une alternative à la mesure adoptée par l'acte attaqué.

Il résulte des éléments du dossier et des écrits de procédure que l'objectif poursuivi par la partie adverse est de lutter contre des abus spécifiques au secteur de la dentisterie, qui, selon elle, découleraient de ce que le contrôle et la régulation du système du tiers payant facultatif sont effectués par les praticiens eux-mêmes. En interdisant l'application du tiers payant pour les soins dentaires hormis les gardes organisées et l'hypothèse de l'hospitalisation, la partie adverse a adopté une mesure dont le poids ne repose que sur les patients. La partie adverse, qui consacre de longs développements à relativiser l'impact de la mesure et à soutenir que l'accessibilité aux soins n'est pas compromise, n'explique toutefois pas les raisons pour lesquelles il n'aurait pas été possible d'atteindre le même objectif par des moyens moins radicaux pour les patients concernés. Dans ces conditions, il ne peut être considéré qu'existe un rapport de proportionnalité entre l'objectif poursuivi par la mesure contestée et le moyen mis en œuvre pour y parvenir, étant spécialement entendu que l'impact de la réforme est supporté exclusivement par des personnes en situation de détresse. Partant, le moyen est fondé en ce qu'il dénonce une atteinte à l'égalité de traitement entre les patients qui, se trouvant dans une situation individuelle occasionnelle de détresse financière, ne peuvent bénéficier du tiers payant pour les prestations de santé mentionnées à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 et ceux qui, se trouvant dans une situation de détresse financière durable, peuvent bénéficier du tiers payant pour les mêmes prestations.

Le premier moyen est fondé en sa deuxième branche.

Il y a donc lieu d'annuler, dans l'article 9, alinéa 3, 5°, de l'arrêté attaqué, les mots "sauf en cas de prestations de santé mentionnées à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité".

V. Autres branches et moyen

La deuxième branche du premier moyen étant fondée, il n'y a pas lieu d'examiner les autres branches du premier moyen ainsi que le second moyen, qui, à les supposer fondés, ne sont pas de nature à entraîner une annulation plus étendue.

VI. Indemnité de procédure

Les parties requérantes sollicitent une indemnité de procédure de 700 euros. Il y a lieu de faire droit à cette demande.

PAR CES MOTIFS,
LE CONSEIL D'ÉTAT DÉCIDE :

Article 1er.

Sont annulés, dans l'article 9, alinéa 3, 5°, de l'arrêté royal du 18 septembre 2015 portant exécution de l'article 53, § 1er, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, relative au régime du tiers payant, les mots "sauf en cas de prestations de santé mentionnées à l'article 5, § 2, de l'annexe à l'arrêté royal du 14 septembre 1984 précité".

Article 2.

Le présent arrêt sera publié par extrait au Moniteur belge.

Article 3.

Une indemnité de procédure de 700 euros est accordée aux parties requérantes, à charge de la partie adverse.

Les autres dépens, liquidés à la somme de 800 euros, sont également mis à charge de la partie adverse.

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

M.	Imre KOVALOVSZKY,	président de chambre,
M^me^	Pascale VANDERNACHT,	conseiller d'État,
M.	David DE ROY,	conseiller d'État,
M^me^	Katty LAUVAU,	greffier.

Le Greffier, Le Président,

Katty LAUVAU. Imre KOVALOVSZKY.