

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF

LA VI^e CHAMBRE

A R R Ê T

n° 264.534 du 16 octobre 2025

A. 239.425/VI-22.602

En cause : **Le Service d'évaluation et de contrôle médicaux institué au sein de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité,**
ayant élu domicile chez
M^{es} Pierre SLEGERS et Margaux KERKHOF, avocats,
avenue Louise 523
1050 Bruxelles,

contre :

F. F.,
ayant élu domicile chez
M^e Pierre COETSIER, avocat,
rue des Fossés Fleuris 49
5000 Namur.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 23 juin 2023, la partie requérante demande la cassation de « la décision de la chambre des recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, telle que prononcée le 24 mai 2023, avec pour numéro de rôle FB-011-22 ».

II. Procédure

Le dossier de la procédure a été communiqué par la juridiction administrative ayant rendu la décision objet du recours.

Une ordonnance n° 15.498 du 6 juillet 2023 a déclaré le recours en cassation admissible.

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

M. Alain Lefebvre, premier auditeur au Conseil d'État, a rédigé un rapport sur la base de l'article 16 de l'arrêté royal du 30 novembre 2006 déterminant la procédure en cassation devant le Conseil d'État.

Le rapport a été notifié aux parties.

La partie requérante a demandé la poursuite de la procédure afin d'être entendue.

Une ordonnance du 12 juin 2025, notifiée aux parties, a fixé l'affaire à l'audience du 17 septembre 2025.

M. Xavier Close, conseiller d'État, a exposé son rapport.

M^e Pierre Slegers, avocat, comparaisant pour la partie requérante, et M^e Pierre Coetsier, avocat, comparaisant pour la partie adverse, ont été entendus en leurs observations.

M. Alain Lefebvre, premier auditeur au Conseil d'État, a été entendu en son avis conforme.

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

III. Exposé des faits et antécédents de procédure

1. F.F. est kinésithérapeute indépendant.

2. Le 7 janvier 2019, un médecin-inspecteur du Service d'évaluation et de contrôle médicaux rédige un procès-verbal lui adressant le grief suivant :

« Avoir rédigé, fait rédiger, délivré ou fait délivrer des documents réglementaires permettant le remboursement des prestations de santé lorsque les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994, dans ses arrêtés et règlements d'exécution, dans les conventions et accords conclus en vertu de cette même loi.

Infraction visée à l'art 73 *bis* 2° de la Loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ».

Il est précisé ce qui suit quant à la portée du grief :

« En l'occurrence, des prestations portées en compte au nom de [F.F.] sont non conformes car elles ne répondent pas aux dispositions de l'article 7 § 19 de la Nomenclature des prestations de santé.

Le motif du grief est l'attestation en 2016 d'un nombre de valeurs M qui dépasse le plafond annuel de 156.000 valeurs M.

[...]

Concernant la période du 1/1/2016 au 31/12/2016 (dates de prestation) correspondant à la période de réception aux organismes assureurs (OA) du 15/01/2016 au 20/07/2017, l'infraction est reprochée pour 33.900 valeurs M.

Nous constatons que pour 2016 un total de 189.900 valeurs M a été porté en compte (voir la liste de prestations). Le plafond annuel de 156 000 valeurs M a été dépassé de 33 900 valeurs M.

Le calcul du montant indu résulte du calcul du prix moyen d'une valeur M en 2016. Ce montant moyen est multiplié par le nombre de valeurs M en 2016 qui excèdent le plafond annuel. Chez le présent prestataire une valeur M est égale à 0,721 EUR. (136.989,90/189.900). En conséquence, le montant qui a indûment été porté en compte à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans la période mentionnée est de 24.441,90 EUR.

L'indu correspondant s'élève à 24.441,90 EUR ».

3. À la suite de la procédure administrative, le fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux décide, le 14 mai 2020, de déclarer le grief établi, de condamner F.F. « à rembourser la valeur des prestations indues s'élevant à 24.441,90 euros » et « à payer une amende de 25% du montant des prestations indues, soit 6.110,47 euros ».

4. Le 16 juin 2020, F.F. saisit la Chambre de première instance instituée auprès de l'INAMI pour contester cette décision.

5. Le 2 juin 2022, la Chambre de première instance instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI prend la décision suivante :

« Déclare la demande de Monsieur [F.F.] non fondée ;

Confirme la décision prise le 14 mai 2020 par le Fonctionnaire-dirigeant f.f. du SECM ;

Dit pour droit que les éléments matériels constitutifs de l'infraction visée à l'article 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi ASSI sont établis dans le chef de l'intéressé ;

En conséquence,

- Déclare le grief établi pour tous les cas cités dans la note de synthèse ;
 - Condamne [F.F.] au remboursement de la valeur des prestations indûment attestées à charge de l'assurance soins de santé, soit la somme de 24.441,90 € ;
 - Condamne [F.F.] au paiement d'une amende administrative s'élevant à 25 % du montant de la valeur des prestations indues, soit la somme de 6.110,47 € ;
- [...] ».

6. Le 1^{er} juillet 2022, F.F. introduit un appel contre cette décision auprès de la Chambre de recours instituée auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

7. Le 24 mai 2023, la Chambre de recours déclare l'appel de F.F. recevable et fondé et décide, en conséquence, de mettre à néant la décision du 2 juin

2022 prise par la Chambre de première instance et d'annuler la décision du 14 mai 2020 du fonctionnaire-dirigeant.

Il s'agit de la décision attaquée.

IV. Premier moyen

IV.1. Thèse du requérant

Le requérant soulève un premier moyen pris de la violation « de l'article 149 de la Constitution ; des articles 35, § 1^{er}, 53 et 73bis de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 », et le présente comme suit :

« En ce que, la Chambre de recours estime que l'infraction visée à l'article 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o [de la loi coordonnée le 14 juillet 1994] ne serait pas fondée en raison d'une illégalité de l'article 7, § 19, de la nomenclature des soins de santé ;

Alors que l'éventuelle irrégularité de la nomenclature n'enlève rien à la violation de l'article 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o, [de la loi précitée] dès lors que cette disposition vise le fait, pour un prestataire de soins, d'attester des soins non conformes aux conditions de la nomenclature ».

Il expose que la décision du fonctionnaire-dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux, contestée devant les juridictions instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI, est fondée sur le constat de la violation de l'article 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après, loi « ASSI »). Il est reproché selon lui au prestataire de soins d'avoir attesté des prestations ne répondant pas aux conditions de la nomenclature, dès lors qu'il a attesté plus de 30.000 valeurs M au-delà du plafond fixé par l'article 7, § 19, de la nomenclature des soins de santé.

Il soutient que l'article 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi ASSI sanctionne l'établissement d'une attestation de soins pour une prestation réalisée sans respecter les conditions imposées par la nomenclature. Cette disposition sanctionne « une faute administrative » dans le chef du prestataire de soins, qui atteste avoir accompli une prestation décrite dans la nomenclature, alors que tel n'est pas le cas. L'article 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi prévoit donc, « outre une condition de fond, une condition de forme », en sanctionnant le prestataire qui a fait « une fausse déclaration ».

De son point de vue, ce qu'a sanctionné en l'espèce le fonctionnaire dirigeant du Service d'évaluation et de contrôle médicaux est le fait, pour le prestataire

de soins, « d’avoir “attesté” des prestations non conformes à la nomenclature des soins de santé ».

Le requérant souligne qu’il n’est pas contesté « que le dispensateur concerné a attesté 189.000 M » ni « que le texte de la nomenclature prévoit qu’il ne peut être attesté qu’un maximum de 156.000 M ». Il serait dès lors « incontestable que ce qui est attesté ne correspond pas au texte de la nomenclature » et que dès lors les prestations ne satisfont pas aux conditions prévues dans les arrêtés et règlements d’exécution de la loi ASSI.

Le requérant soutient que, dans la décision attaquée, la Chambre de recours méconnaît cette disposition légale, qui interdit de porter en compte des prestations qui, comme en l’espèce, ne sont pas conformes à la nomenclature. L’éventuelle illégalité de l’article 7 de la nomenclature n’enlève selon lui rien au fait qu’un dispensateur de soins ne peut porter en compte de l’assurance soins de santé des prestations qui ne sont pas conformes aux conditions prévues, en ce compris le plafond de valeur pouvant être attesté pour une période donnée.

Selon le requérant, la Chambre de recours, en jugeant de la légalité du texte de la nomenclature, ajoute une condition à l’article 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi ASSI « en posant que la violation de cet article impliquerait que la norme elle-même doit être jugée, même *ex post*, conforme ». Elle méconnaît par ailleurs l’objet de la procédure, « qui est de s’assurer que le prestataire n’atteste que ce qui est écrit dans la nomenclature » et omet de se prononcer « sur la correction de l’attestation du prestataire concerné ».

Aux yeux du requérant, « la décision de la Chambre de recours viole son obligation de motivation de ses décisions et, par conséquent l’article 149 de la Constitution ainsi que, par l’interprétation qu’elle en donne, les articles 35, 53 et 73bis de la loi [ASSI] ».

IV.2. Appréciation du Conseil d’État

Le moyen est irrecevable en ce qu’il invoque la violation de l’article 149 de la Constitution sans exposer en quoi la décision attaquée serait insuffisamment motivée.

Dans sa version applicable au litige, l’article 73bis, alinéa 1^{er}, de la loi relative à l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 est rédigé comme suit :

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

[...]

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

L'article 7 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 (ci-après « la nomenclature ») est notamment rédigé comme suit :

« Art. 7. § 1^{er}. Prestations relevant de la compétence des kinésithérapeutes :

[...]

§ 19. L'intervention de l'assurance est subordonnée aux deux conditions suivantes :

- pour une période donnée de trois mois, un maximum de 40.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire ;
- pour une période donnée d'une année civile, un maximum de 156.000 valeurs M peut être porté en compte à l'assurance maladie invalidité par prestataire ».

Il ressort des constatations de la décision attaquée que le grief adressé par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux au prestataire de soins est une « infraction visée à l'art 73bis, [alinéa 1^{er}], 2°, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 » en raison de « l'attestation en 2016 d'un nombre de valeurs M qui dépasse le plafond annuel de 156.000 valeurs M ». Les motifs de la décision attaquée ne permettent pas de constater qu'une autre absence de conformité des prestations en cause aurait été relevée par le Service d'évaluation et de contrôle médicaux et invoquée utilement devant les juridictions instituées auprès du Service d'évaluation et de contrôle médicaux de l'INAMI.

Il s'ensuit que le grief du Service d'évaluation et de contrôle médicaux selon lequel le prestataire de soins a rédigé des attestations alors que celles-ci ne satisfont pas aux conditions prévues dans la loi ou dans ses arrêtés et règlements d'exécution, repose exclusivement sur le constat que ce prestataire ne s'est pas conformé, durant l'année civile 2016, aux conditions prévues par l'article 7, § 19, de la nomenclature des soins de santé.

La Chambre de recours a examiné, à la demande du prestataire de soins, la légalité de cette dernière disposition. Jugeant que le Roi ne disposait pas d'une base légale l'autorisant à « limiter le nombre de prestations pouvant être portées en compte

par » les kinésithérapeutes, la Chambre de recours a constaté son illégalité et, sur le fondement de l'article 159 de la Constitution, refusé de l'appliquer au litige.

Dans ce contexte, la Chambre de recours a légalement considéré – la règle en cause devant être privée d'effet en vertu de l'article 159 de la Constitution – que le prestataire de soins n'a pu enfreindre cette règle de la nomenclature, ni partant violer l'interdiction contenue dans l'article 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o, de la loi ASSI.

Le moyen ne peut en conséquence être accueilli.

V. Deuxième moyen

V.1. Thèse du requérant

Le requérant soulève un deuxième moyen, pris de la violation « des articles 23, 33, 105, 108 et 149 de la Constitution ; du principe constitutionnel de la séparation des pouvoirs ; des articles 22, 34, 35, § 1^{er}, 142 et 144 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 ».

Il présente son moyen comme suit :

« En ce que, la Chambre de recours écarte, en application de l'article 159 de la Constitution, le paragraphe 19 de l'article 7 de la nomenclature en estimant que celui-ci est contraire à l'article 35, § 1^{er}, de la loi [ASSI].

Alors que, première branche, l'article 35, § 1^{er}, de la loi [ASSI] permet au Roi de fixer les règles d'application de la nomenclature, en ce compris une limitation des prestations pouvant être attestées sur une période donnée. La précision qui a été ajoutée concernant les prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 4^o, de la loi [ASSI] (les soins dentaires) ne modifie nullement les compétences du Roi.

Alors que, deuxième branche, en écartant le paragraphe 19 de l'article 7 de la nomenclature, la Chambre de recours modifie l'équilibre général de l'article 7 de la nomenclature. Sa décision emporte une réformation de la nomenclature pour laquelle la Chambre de recours n'est pourtant pas compétente.

Alors que, troisième branche, la décision de la Chambre de recours emporte un recul dans la protection du droit fondamental à la santé et au droit à la sécurité sociale en ce que la modification de la nomenclature qu'elle engendre a des conséquences importantes sur le budget de l'assurance soins de santé et a également des répercussions importantes sur la qualité des soins de santé prodigués ».

Dans une première branche, il conteste l'appréciation de la Chambre de recours selon laquelle l'article 7, § 19, de la nomenclature des soins de santé est illégal, en raison de l'absence d'habilitation légale accordée au Roi pour limiter le nombre de prestations des kinésithérapeutes.

Selon lui, l'article 35 de la loi ASSI habilite le Roi à énumérer les prestations de santé remboursables ainsi que les conditions de remboursement de celles-ci. Lesdites conditions ont trait à un nombre important de considérations, qui ne sont pas expressément reprises dans la loi ASSI, mais procèdent toutes de la notion de « règle d'application », c'est-à-dire une règle « nécessaire pour appliquer quelque chose, en l'occurrence le remboursement ». De son point de vue « poser comme règle que le remboursement n'est autorisé que pour autant que le prestataire n'a pas réalisé plus de 156.000 valeurs "M" par an est bel et bien une règle pour que le remboursement s'applique » et il s'agit donc bien d'une « règle d'application ».

Le requérant affirme que la décision de la Chambre de recours quant à cette question repose exclusivement sur un raisonnement *a contrario*, selon lequel l'habilitation légale expresse donnée depuis 2013 au Roi, en ce qui concerne les prestations de dentisterie, 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 », constitue la démonstration qu'une telle habilitation n'existe pas concernant les prestations de kinésithérapie.

Selon lui, l'habilitation donnée au Roi concernant les prestations de dentisterie ne remet « nullement en question l'existence de cette faculté concernant l'ensemble des prestataires de soins ». Il soutient à cet égard qu'un arrêt n° 245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'État a admis qu'une limitation du nombre de séances en matière de kinésithérapie pouvait être prévue par la nomenclature de soins.

Le requérant conclut que « l'interprétation donnée par la Chambre de recours à l'article 35 de la loi [ASSI] et, par conséquent, la décision d'écarter le paragraphe 19 de l'article 7 de la nomenclature, méconnaît l'article 35 de la loi [ASSI] » et que « par conséquent, la décision de la Chambre de recours viole l'article 149 de la Constitution et l'obligation de motivation qui en découle ».

Dans une deuxième branche, le requérant affirme que la décision attaquée « modifie l'article 7 de la nomenclature ». Selon lui, le Roi a posé un choix en opportunité « de limiter le nombre de prestations qui peuvent être attestées pour une période donnée que ce soit pour le traitement d'une pathologie dans le chef d'un patient ou dans le chef d'un prestataire de soins » et, si ce plafond n'avait pas été imposé « le Roi n'aurait pas posé des conditions de remboursement identiques à celles qui existent aujourd'hui ». En écartant le paragraphe 19 de l'article 7 de la nomenclature, la chambre de recours aurait modifié l'équilibre général de cet article. Le requérant soutient dès lors que la Chambre de recours n'est pas compétente pour décider une telle modification, en lieu et place du Roi. En le faisant, elle aurait violé

les articles 33, 105 et 108 de la Constitution ainsi que les compétences que lui attribuent les articles 142 et 144 de la loi ASSI.

En réplique, le requérant se réfère à la jurisprudence du Conseil d'État selon laquelle l'annulation partielle d'un arrêté réglementaire est exclue car elle aurait pour effet de modifier la réglementation, ce qui serait contraire au principe général de la séparation des pouvoirs. Il insiste sur la nécessité, pour le Roi, de faire des choix en opportunité en matière de remboursement des soins de santé, notamment dictés par des considérations budgétaires. Il estime que la Chambre de recours en écartant « partiellement » l'application d'une disposition de la nomenclature, porte atteinte à l'équilibre voulu par le Roi. Selon lui « le fait que la réformation découle de l'application de l'article 159 de la Constitution et ne s'applique, en l'espèce, qu'à un prestataire, ne modifie en rien le constat que, pour les prestations réalisées pour ce prestataire, il s'agit d'une réformation ».

Dans une troisième branche, le requérant reproche à la Chambre de recours de violer l'article 23 de la Constitution en provoquant un « recul dans la protection du “droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale” ». Il soutient que « le plafond prévu par le paragraphe 19 de l'article 7 de la nomenclature permet de garantir l'équilibre financier de l'assurance soins de santé » et que « par sa décision, la Chambre de recours écarte ce plafond de prestations de soins pouvant être attestées ». Il extrapole les conséquences négatives du raisonnement de la Chambre de recours, sur le plan de l'équilibre financier de la sécurité sociale et de la qualité des soins. Il en conclut que « la décision de la Chambre de recours doit dès lors être cassée en ce qu'elle viole l'article 23 de la Constitution » et que « la décision attaquée viole également l'article 149 de la Constitution et l'obligation de motivation des décisions qui en découle ».

V.2. Appréciation du Conseil d'État

A. Quant à la première branche

Le moyen est irrecevable en ce qu'il reproche à la Chambre de recours d'avoir violé l'article 149 de la Constitution, le requérant n'indiquant pas en quoi la décision attaquée ne serait pas motivée dans le respect de cette disposition.

L'article 34 de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités coordonnée le 14 juillet 1994 est rédigé comme suit dans sa version applicable :

« Les prestations de santé portent tant sur les soins préventifs que sur les soins curatifs. Elles comprennent :

1° les soins courants comportant :

[...]

c) les soins donnés par des kinésithérapeutes ;

[...]

e) les soins dentaires, tant conservateurs que réparateurs y compris les prothèses dentaires ;

[...] ».

L'article 35 de la même loi, dans sa version applicable, énonce notamment ce qui suit :

« Le Roi établit la nomenclature des prestations de santé, à l'exception des prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 4^o*bis* et 5^o, b), c), d) et e) ;

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 visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1^o, 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. [...] ».

Cette disposition habilite le Roi à établir une nomenclature des prestations de santé, qui doit énumérer ces prestations, en fixer la valeur ainsi que les « règles d'application » et déterminer la qualification des personnes habilitées à les exécuter.

S'agissant des prestations visées à l'article 34, alinéa 1^{er}, 1^o, e), de la loi ASSI, c'est-à-dire les prestations de dentisterie, le Roi est en outre 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'on excepte l'habilitation spécifique ainsi accordée au sujet des soins relevant de la dentisterie, l'article 35 de la loi ASSI permet au Roi de fixer, au titre d'une règle d'application d'une prestation de la nomenclature, le nombre de prestations qui, par patient, peuvent être portées en compte à l'assurance soins de santé. En revanche, elle ne l'autorise pas à limiter le nombre total de prestations qu'un prestataire peut porter en compte pour l'ensemble de ses patients sur une période déterminée. Une telle limitation, qui concerne le volume d'activité du prestataire de soins et non la prestation de santé, ne peut en effet être qualifiée de « règle d'application » au sens de la disposition précitée.

Dans la décision attaquée, la Chambre de recours déduit du texte de l'article 35 de la loi ASSI, dans sa version applicable, que le Roi n'est pas habilité à limiter le nombre des prestations de kinésithérapie pouvant être attestées par un prestataire de soins au cours d'une période de référence déterminée. Ce faisant, elle fait une correcte interprétation de cet article.

Le moyen, en sa première branche, manque en droit.

B. Quant à la deuxième branche

Le requérant reproche à la Chambre de recours d'avoir excédé ses compétences en modifiant, en lieu et place du Roi, la nomenclature des soins de santé.

La juridiction contentieuse qui exerce le devoir que lui impose l'article 159 de la Constitution d'écarter du litige dont elle est saisie la disposition réglementaire illégale dont une partie demande l'application, ne modifie pas cette réglementation, qui subsiste dans l'ordonnancement juridique, et n'excède pas davantage les compétences que lui attribuent la Constitution et la loi.

Contrairement à ce qu'affirme le requérant, l'application du mécanisme de l'article 159 de la Constitution ne peut dès lors être comparée à l'annulation de tout ou partie d'un arrêté réglementaire par le Conseil d'État, qui fait disparaître cet arrêté ou partie d'arrêté de l'ordonnancement juridique, et ce à titre rétroactif.

Le moyen qui, en sa deuxième branche, repose sur une interprétation erronée de l'article 159 de la Constitution, manque en droit.

C. Quant à la troisième branche

L'article 23 de la Constitution 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 ou significativement le degré de protection offert par la réglementation applicable, sans qu'existent, pour ce faire, des motifs liés à l'intérêt général.

Il en résulte que l'obligation de *standstill* ne peut s'appliquer qu'à une modification de cette réglementation, ce que ne fait pas le juge lorsqu'il écarte un règlement illégal en application de l'article 159 de la Constitution.

Le moyen en sa troisième branche, manque en droit.

VI. Troisième moyen

VI.1. Thèse du requérant

Le requérant soulève un troisième moyen « pris de la violation de l'article 149 de la Constitution ; de l'article 6 de la Convention européenne des droits de l'Homme », et le présente comme suit :

« En ce que la Chambre de recours se prononce “par identité de motifs” sans préciser lesdits motifs et sans que ceux-ci ne puissent être identifiés à la lecture de la décision (première branche). La Chambre de recours fonde en outre sa décision sur des motifs contradictoires (deuxième branche).

Alors que, la décision de la Chambre de recours doit être motivée conformément à l'article 149 de la Constitution et dès lors indiquer clairement et sans équivoque les raisons qui l'ont déterminé à statuer comme elle l'a fait ».

Dans une première branche, le requérant rappelle les termes de la décision attaquée, et conteste la légalité du motif selon lequel « par identités de motifs avec ce qui précède en effet, le Roi ne pouvait déjà pas à l'époque, sur la base du seul article 35 de la loi ASSI, établir de plafonds de prestations en matière de kinésithérapie ».

Il estime que « ce qui précède » dans la décision « reprend pourtant des éléments contradictoires et extrêmement divers » de sorte que cette expression ne permettrait pas « d'identifier quels motifs sont repris ». Il relève que la Chambre de recours mentionne un arrêt n° 245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'État dans lequel celui-ci « n'a [...] pas invalidé le principe d'une limitation des séances de kinésithérapie », et affirme que l'enseignement de cet arrêt est contraire avec la solution retenue par la Chambre de recours.

En réplique, le requérant précise que « ce qui précède » dans la décision attaquée vise à la fois « l'incompétence du Roi pour fixer un plafond en matière de soins dentaires », « le fait que l'examen de cette compétence du Roi n'a pas eu lieu pour ce qui concerne la kinésithérapie » et l'absence d'application « en cas d'écartement de l'arrêté dans sa version de 2014, [de] la version antérieure du même arrêté ». Selon lui, il s'agit là de « trois choses distinctes » et l'on ne perçoit pas « en quoi, le fait de n'avoir pas examiné la question de la limitation du nombre de valeurs M devrait se confondre avec un nombre de prestations – étant précisé, d'ailleurs, que l'article 35 de la loi AMI vise les “paramètres sur la base desquels” le Roi peut limiter les prestations ».

Dans une deuxième branche, le requérant reproche à la Chambre de recours d'avoir jugé que l'article 159 de la Constitution fait obligation aux juridictions contentieuses de refuser l'application d'un arrêté illégal, alors qu'elle relève par

ailleurs, au sujet de l'arrêt n° 245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'État, que celui-ci n'a pas relevé l'incompétence du Roi pour imposer une règle limitant à 60 séances par an les prestations de kinésithérapie remboursées en cas de fibromyalgie, uniquement parce que « le moyen de l'incompétence de l'auteur de l'acte [n'a] pas été soulevé » devant cette juridiction.

De son point de vue, la Chambre de recours ne peut pas, sans se contredire « poser, dans un même temps, que “toute juridiction contentieuse” a le devoir d'examiner la légalité d'un acte réglementaire et que le Conseil d'État n'y [est] tenu que lorsque le moyen est soulevé devant lui ».

VI.2. Appréciation du Conseil d'État, sur les deux branches réunies

La décision de la Chambre de recours comporte les motifs suivants, que le requérant entend critiquer dans son moyen :

« [...] »

Il apparaît donc que l'objectif de cette modification législative a été de permettre au Roi de prendre des dispositions ayant pour but de limiter le nombre de prestations qui pouvaient être portées en compte en matière de soins dentaires.

Il s'ensuit qu'avant l'adoption de la loi du 19 mars 2013, le Roi n'était pas compétent pour ce faire (CE, arrêt n° 228.830 du 21 octobre 2014).

Il en découle également qu'en l'absence d'une modification législative analogue de l'article 35 § 1^{er}, de la loi ASSI en ce qui concerne les kinésithérapeutes, le Roi n'est pas compétent pour limiter le nombre de prestations pouvant être portées en compte par ces derniers.

La référence à l'arrêt n° 245.099 du 4 juillet 2019 du Conseil d'État, lequel s'est penché sur la légalité de l'arrêté royal du 17 octobre 2016 qui limitait à 60 séances par an les prestations de kinésithérapie remboursées en cas de fibromyalgie, est irrelevante, le moyen de l'incompétence de l'auteur de l'acte n'ayant pas été soulevé à l'époque par la partie requérante de sorte qu'il est normal que la Cour suprême ne se soit pas prononcée à ce sujet.

C'est en vain que le SECM prétend qu'il faudrait alors appliquer l'article 7 § 19 de l'annexe de l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités dans sa version applicable avant l'adoption de l'arrêté royal du 21 février 2014, c'est-à-dire dans sa version résultant de la mise en œuvre de l'arrêté royal du 18 décembre 2002.

Par identités de motifs avec ce qui précède en effet, le Roi ne pouvait déjà pas à l'époque, sur la base du seul article 35 de la loi ASSI, établir de plafonds de prestations en matière de kinésithérapie.

Il s'ensuit que, avant ou après l'adoption de l'arrêté royal du 21 février 2014, le Roi n'était pas autorisé par l'article 35 de la loi ASSI à mettre en place un plafond de prestations portées en compte de l'assurance maladie invalidité en matière de kinésithérapie ».

Il ressort de ces motifs, qui sont dénués d'ambiguïté, que lorsque la Chambre de recours utilise l'expression « par identité de motifs avec ce qui précède », elle entend étendre le raisonnement lui permettant de conclure à l'illégalité de l'article 7, § 19, de la nomenclature des soins de santé à toutes les versions antérieures de cette disposition.

En ce qu'il reproche, en substance, au motif critiqué de ne pas être clair, le moyen manque en fait.

Il n'est par ailleurs pas contradictoire, d'une part, de rappeler que l'article 159 de la Constitution fait obligation à toute juridiction contentieuse d'écarter un acte administratif illégal du litige dont elle est saisie et, d'autre part, de constater que, dans une autre affaire, le Conseil d'État n'a pas statué sur une exception d'illégalité qui aurait pu être soulevée devant lui, mais ne l'a pas été.

En ce qu'il reproche à la motivation de la décision attaquée d'être contradictoire, le moyen manque également en fait.

VII. Indemnité de procédures et autres dépens

La partie adverse demande une indemnité de procédure de procédure de 770 euros. Il y a lieu de la lui accorder.

Le rejet du recours en cassation justifie par ailleurs que les autres dépens soient mis à charge de la partie requérante.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL D'ÉTAT DÉCIDE :

Article 1^{er}.

Le recours en cassation est rejeté.

Article 2.

La partie requérante supporte les dépens, à savoir le droit de rôle de 200 euros, la contribution de 24 euros et l'indemnité de procédure de 770 euros accordée à la partie adverse.

Ainsi prononcé à Bruxelles le 16 octobre 2025, par la VI^e chambre du
Conseil d'État, composée de :

David De Roy,
Florence Piret,
Xavier Close,
Nathalie Roba,

président de chambre,
conseillère d'État,
conseiller d'État,
greffière.

La Greffière,

Le Président,

Nathalie Roba

David De Roy