

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

VI^e CHAMBRE

A R R Ê T

n^o 238.251 du 18 mai 2017

A.216.359/VI-20.497

A.216.639/VI-20.537

En cause :

1. LOISEAU Pierre-Yves,
2. la société privée à responsabilité limitée
Cabinet dentaire LOISEAU,

ayant élu domicile chez
Me 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
Mes Pierre SLEGERS et
Céline POUPPEZ, avocats,
place Flagey 18,
1050 Bruxelles.

I. Objet des requêtes

Par une requête introduite le 8 juillet 2015, Pierre-Yves LOISEAU et la société privée à responsabilité limitée Cabinet dentaire LOISEAU demandent, d'une part, la suspension de l'exécution et d'autre part, l'annulation de "l'Arrêté Royal du 2.06.2015 modifiant, en ce qui concerne certaines prestations dentaires, les articles 5 et 6 de l'annexe à l'Arrêté Royal du 14.09.1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, publié au Moniteur Belge le 12.06.2015 et pris en vertu de l'article 35 § 1 et § 2, alinéa 1^{er}, 2^o de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14.07.1994".

Par une requête introduite le 6 août 2015, Pierre-Yves LOISEAU et la société privée à responsabilité limitée Cabinet dentaire LOISEAU demandent, d'une part, la suspension de l'exécution et d'autre part, l'annulation du même arrêté.

II. Procédure

Un arrêt n° 232.604 du 19 octobre 2015 a ordonné la jonction des affaires portant les n°s G./A.216.359/VI-20.497 et G./A.216.639/VI-20.537 et a rejeté la suspension de l'exécution de l'acte attaqué. Il a été notifié aux parties.

Les parties requérantes ont sollicité la poursuite de la procédure dans le cadre de la seule affaire enrôlée sous le numéro G./A.216.639/VI-20.537.

Par une ordonnance du 20 septembre 2016, l'affaire a été fixée à l'audience du 19 octobre 2016 à 10 heures.

Un arrêt n° 237.871 du 30 mars 2017 rouvert les débats et a remis l'examen de la cause à l'audience du 3 mai 2017.

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

M^e Sophie ORTEGA, *loco* M^e Jean-Pol DOUNY, avocat, comparaissant pour les parties requérantes et M^e Céline POUPPEZ, avocat, comparaissant pour la partie adverse, ont été entendus en leurs observations.

M. Denis DELVAX, premier auditeur, a été entendu 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. 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 L¹, est motivé objectivement par le fait [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 1^{er} 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) doit 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 : L⁶,

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 exécutive [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 pouvoir 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 $(41,11/10) \times 9 = 36,99$);
- 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 continger 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} SCHUHMANN 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 serait 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. LYSSENS 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. SEIJNHA EVE, 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. SEIJNHA EVE, 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. SEIJNHA EVE, 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. SEIJNHA EVE, 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 brugdag	6
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 2012/7bis 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, 4^{ème} 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 liée 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. À 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 créées pour les prestations concernant les suppléments lors d'un jour de pont, qui seront publiées bientôt.

En annexe 2 vous trouverez les résultats de cet 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 réclamer [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 [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 efficient de la sanction, d'autre part.

Chez les dentistes marqués par l'AIM, le SECM peut procéder à la rédaction d'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 réclamer, 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 2012/7bis)

M. VAN DE VELDE expose la note 2012/7bis 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 réglementation. 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 réglementation. 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 2012/7bis 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 7bis, 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 1^{er} 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 2012-7bis — 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 2012/7bis 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 1^{er}. 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 4bis, § 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, 2^e 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 $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$. En 2010, nous recensons 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 $Q3 + 2 \times (Q3 - Q1)$.

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'atteignons 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 radioscopier 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 1^{er} janvier ou le 1^{er} avril ou le 1^{er} juillet ou le 1^{er} 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 irréalizable 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 1^{er} janvier ou le 1^{er} avril ou le 1^{er} juillet ou le 1^{er} 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. Opérationnalisation 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 mordantage 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 73bis, § 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, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 1^{er}. 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 1^{er} janvier ou le 1^{er} avril ou le 1^{er} juillet ou le 1^{er} octobre;
- ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile».

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

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

IV. Présomption de désistement d'instance

L'article 17, §7, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973, est libellé comme suit:

"Il existe dans le chef de la partie requérante une présomption de désistement d'instance lorsque, la demande de suspension d'un acte ou d'un règlement ou la demande de mesures provisoires ayant été rejetée, la partie requérante n'introduit aucune demande de poursuite de la procédure dans un délai de trente jours à compter de la notification de l'arrêt".

Dans un courrier adressé au Conseil d'Etat le 17 novembre 2015, dans lequel il rappelle notamment que les requêtes respectivement enrôlées sous les numéros G/A 216.359/VI-20.497 et G/A 216.639/VI-20.537 ont le même objet, le conseil des requérants indique n'introduire une demande de poursuite de la procédure que "dans le cadre de la seule affaire portant le n° G/A 216.639 –VI-20.537".

Dans ces circonstances, les requérants sont présumés légalement se désister du recours enrôlé sous le numéro G/A 216.359/VI-20.497.

V. Premier moyen

V.1. Thèses des parties

A. Requête

Les requérants soulèvent un moyen, le premier, de l'incompétence *ratione materiae* de l'auteur des normes, de la violation de l'article 16 de la Constitution, de l'article 1^{er} du 1^{er} protocole additionnel à la Convention européenne des droits de l'homme, de la violation du principe de légalité contenu dans ces normes et de la violation du droit de propriété contenu dans ces normes.

Ils indiquent, en une première branche, qu'il résulte des deux dispositions visées que les restrictions ou privations au droit de propriété ne peuvent être prescrites que par le législateur; que l'acte attaqué vise à limiter les revenus promérités par les dentistes dès qu'ils auraient atteint les valeurs P qu'il institue; que l'acte attaqué vise à attacher une présomption de fraude ou de mauvaise qualité des soins au simple dépassement du nombre de P autorisés; que, si le rapport au Roi indique que le respect

‡BIFRPCADG-BCJGABV‡

de cette règle sera contrôlé par le SECM au moyen d'une enquête de conformité, rien ne permet de savoir si cette enquête portera sur la réalité et la qualité des soins ou sur la simple application de la présomption; que le caractère remboursable d'une prestation ne sera donc aucunement fonction de sa qualité et pourra varier en fonction du temps; qu'une prestation effectuée pourrait, en effet, en raison du dépassement du seuil, devenir non remboursable par la suite; qu'il n'est pas admissible que le caractère remboursable d'une prestation soit si fluctuant et ne tienne pas compte de la réalité et de la qualité de la prestation; que le "bien" visé à l'article 1^{er} du protocole additionnel à la C.E.D.H. n'est pas circonscrit aux biens corporels; qu'ils sont titulaires d'un intérêt substantiel protégé par cette disposition; et qu'ils recourent au système du tiers-payant et ont donc une créance sur l'organisme assureur.

Ils avancent, en une seconde branche, que l'acte attaqué viole le droit de propriété; que, d'après le rapport au Roi précédant l'arrêté royal du 17 janvier 2013, l'objectif de la mesure est de lutter contre la fraude et de promouvoir une qualité minimale des prestations; que les mesures, qui plafonnent l'intervention de l'assurance maladie-invalidité sur la base d'une simple présomption, ne permettent pas d'atteindre cet objectif; que le dépassement du nombre de prestations effectuées peut s'expliquer par différentes raisons et ne signifie pas automatiquement qu'il y aurait fraude ou qualité insuffisante des soins; que les mesures considérées constituent une expropriation, une confiscation ou une atteinte à leur droit de propriété; qu'une telle restriction n'est justifiable que si son auteur poursuit un but légitime, si la mesure est en lien immédiat avec ce but et si elle s'avère proportionnée pour l'atteindre; qu'ils ne contestent pas qu'il est légitime de vouloir "garantir la qualité des soins"; que la qualité des soins n'est toutefois pas l'unique but visé dans le rapport au Roi, qui fait état de la lutte contre la fraude sociale; que les mesures attaquées ne sont pas en lien immédiat avec ces deux objectifs et ne permettent pas de les atteindre; que l'acte attaqué présume qu'en cas de dépassement d'un seuil de P, le dentiste est coupable d'une fraude sociale ou de malfaçons; que les articles 73*bis* et 138 et suivants de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994 permettent déjà de contrôler et de sanctionner ce type de manquements; que la réglementation permet à l'autorité de sanctionner le prestataire qui serait coupable de manquements; qu'en l'espèce, le seul dépassement des seuils ne démontre aucun manquement, fraude ou mauvaise qualité de soins; que les dentistes coupables de tels comportements éviteront, bien au contraire, d'attirer l'attention par le dépassement des seuils; que les dentistes honnêtes disposent de tous les documents nécessaires pour prouver leurs actes (Rx, photos, moulages...); que l'acte attaqué constituerait donc même une incitation à la fraude puisqu'il suffirait de rester sous le seuil de P; que l'acte attaqué crée une présomption irréfragable, ne permettant pas au dentiste d'expliquer le

dépassement ou de démontrer l'absence de fraude et la qualité des soins; que l'acte attaqué ne permet donc pas d'atteindre les objectifs poursuivis et n'est aucunement en lien immédiat avec eux; qu'en outre, en empêchant le praticien d'exercer sa profession, l'acte attaqué porte une atteinte disproportionnée aux droits des patients, à qui il refusera des soins; que les praticiens ne pourraient pas donner ces soins tout en refusant de délivrer les attestations *ad hoc* puisque l'article 53 de la loi AMI impose la remise de ces attestations, sous peine d'amende administrative; que les mesures attaquées sont manifestement disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi; que cette mesure ne participe aucunement à l'amélioration de la qualité des soins offerts et ont de nombreux désagréments, pécuniaires et autres; qu'une atteinte disproportionnée est portée à la liberté diagnostique et thérapeutique et aux droits des patients; que les mesures font peser une charge pécuniaire démesurée sur les prestataires de soins puisqu'ils devront rembourser toutes les prestations concernées et pas uniquement celles dépassant le seuil; que le caractère disproportionné de la mesure est renforcé par l'obligation de rembourser la totalité de la part remboursable de l'ensemble des prestations; et que, sous prétexte de faire cesser la fraude d'une centaine de praticiens, tous les dentistes voient leur pratique et leurs revenus limités.

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 et est pris sur la base de l'article 35, § 1^{er}, de la loi AMI; que l'acte attaqué, qui détermine des règles d'application de la nomenclature, a été adopté par l'autorité compétente pour ce faire; que la section de législation du Conseil d'Etat l'a implicitement mais certainement confirmé en n'émettant aucune réserve sur ce point; que l'acte attaqué ne prive pas les requérants d'un honoraire promérité, mais en fixe les contours; que l'assurance soins de santé n'intervient pas dans des soins jugés de qualité insuffisante, ce qui est mesuré sur la base d'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 d'éviter ce problème, le Roi a affiné la description des conditions de remboursement des soins en y adjoignant un coefficient d'implication personnelle du prestataire, étant la valeur P; que, ce faisant, le Roi a défini les soins subsidiables; qu'il n'y a donc pas de privation de propriété puisque l'acte attaqué se limite à définir les conditions d'intervention de l'assurance maladie-invalidité; qu'il n'existe pas de droit subjectif à l'intervention inconditionnée de l'assurance soins de santé; que l'article 35 de la loi AMI prévoit au contraire que le Roi précise les conditions d'application de la nomenclature des prestations de santé; qu'il n'y a donc

pas de " bien" au sens où l'entend la Cour européenne des droits de l'homme; que la protection prévue par l'article 1^{er} du protocole additionnel et par l'article 16 de la Constitution ne vaut que pour les biens actuels et déjà acquis; que ces dispositions ne protègent pas les biens de manière absolue ni les biens acquis illégalement; que, dès lors que les requérants ne disposent pas d'un droit acquis et immuable à une intervention inconditionnée selon le modèle du remboursement à l'acte, la seule fixation des conditions de remboursement des soins de santé ne porte pas atteinte au droit de propriété des dentistes; qu'une éventuelle privation n'interviendra, au demeurant, que s'il s'avérait que le prestataire a obtenu le remboursement de soins que le Roi n'a pas entendu permettre de rembourser; que cela a été discuté au sein de la CNDM, où il a été indiqué que cette récupération aurait lieu dans le cadre de l'article 73bis de la loi AMI; que le mécanisme de privation ne découle pas de l'acte attaqué mais du régime instauré par la loi, qui interdit aux dispensateurs de soins "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"; que c'est uniquement en cas de non-respect de cette interdiction que l'article 142bis, § 1^{er}, 2°, de la loi prévoit que "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 attestées 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°"; que le rapport déposé par l'auditeur dans le cadre du recours introduit contre l'arrêté royal du 17 janvier 2013 va dans le même sens; et que, dans son arrêt n° 105.838 du 24 avril 2002, le Conseil d'Etat a jugé que la récupération totale ou partielle à charge du dispensateur de soins des dépenses de l'assurance soins de santé ne portait pas atteinte au droit de propriété éventuel des prestataires de soins.

Elle répond, quant à la seconde branche, que l'acte attaqué permet d'atteindre les objectifs de qualité des soins et de lutte contre la fraude qu'il poursuit et n'a pas d'effet disproportionné sur les droits des patients et sur la liberté diagnostique et thérapeutique des dentistes; que des mesures semblables ont été mises en œuvre dans d'autres secteurs des soins de santé; que le législateur a établi un plafond d'intervention en matière de biologie clinique, dont la Cour constitutionnelle a jugé dans son arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993 qu'il n'instituait pas une privation de propriété; que le seul fait que l'acte attaqué a pour effet de transformer une intervention illimitée liée à l'acte en une intervention provisoire dont le montant est limité ne fait pas de la mesure une atteinte au droit de propriété; que l'article 1^{er} 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; que la mesure n'est pas manifestement disproportionnée par rapport à l'objectif poursuivi puisqu'elle n'a ni pour objet ni pour effet d'empêcher le praticien d'exercer sa profession; qu'il s'agit uniquement de réglementer l'intervention de la sécurité sociale dans ce cadre; que le praticien n'est pas privé du droit d'exercer au-delà du seuil de 200 P, mais uniquement de porter ses prestations en compte; que ce seuil de 200P/jour sur une longue durée a été retenu en fonction de son caractère très élevé; que le représentant des dentistes au sein de la CNDM avait proposé un seuil de 150 P dans le cadre de l'adoption de l'arrêté royal du 17 janvier 2013; que le fait d'accomplir des prestations dépassant les seuils signifie donc bien raisonnablement que le prestataire ne consacre pas le temps nécessaire à assurer la qualité des soins; que ce constat est renforcé par le fait qu'il ne vaut que pour les prestations attestables, alors qu'un certain nombre de prestations ne le sont pas, même en dentisterie sociale; que les seuils mensuel, trimestriel et annuel sont particulièrement élevés, de l'aveu même des représentants des dentistes; que la mesure, qui vise les profils déviants, n'est pas disproportionnée à l'objectif poursuivi, mais participe à l'amélioration de la qualité des soins offerts, et le désagrément, purement hypothétique, est uniquement pécuniaire; que la mesure ne fait pas peser de charge démesurée sur les prestataires de soins et n'est nullement arbitraire; et que la Cour constitutionnelle a jugé, dans son arrêt n° 84/93 du 7 décembre 1993, que "B.14. 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".

C. Mémoire en réplique

Les requérants répliquent, quant à la première branche, que l'auditeur avait conclu, dans le rapport déposé dans le cadre du recours introduit contre l'arrêté du 17 janvier 2013, que les praticiens recourant au système du tiers-payant disposent d'une créance protégée par le protocole additionnel à la CEDH; que seule une disposition législative peut y porter atteinte; qu'il est faux de soutenir que l'acte attaqué ne fait que définir les contours de l'intervention de l'assurance soins de santé; que la nomenclature des prestations énumère les prestations remboursables et précise les conditions pour qu'elles puissent être portées en compte; qu'il s'agit de règles techniques, concernant la qualification du praticien, le diagnostic, le déroulement de la prestation...; qu'en l'espèce, il ne s'agit pas de règles concernant les caractéristiques techniques de chaque prestation, mais de règles concernant la pratique générale du dentiste; qu'il ne s'agit pas de règles techniques ou de conditions de remboursement; que l'acte attaqué attache une présomption de fraude ou de mauvaise qualité des soins à la réalisation de prestations au-delà des plafonds; que, dans son mémoire en réponse, la partie adverse reconnaît que "les organes paritaires de l'INAMI ont raisonnablement considéré que, lorsque les plafonds fixés par l'acte attaqué sont dépassés, soit les prestations ne répondent pas à une qualité minimale, soit il y a fraude"; qu'une disposition créant une telle présomption ne peut être qualifiée de règle d'application, trouvant sa place dans la nomenclature; que, contrairement à ce que soutient la partie adverse, la règle attaquée institue une présomption de mauvaise qualité des soins et non des critères précis permettant de justifier l'intervention ou non de l'assurance soins de santé; que, si le rapport au Roi indique bien que le respect de cette règle sera contrôlé par le SECM au moyen d'une enquête de conformité et si la partie adverse précise que ce sont les articles 73bis, § 2, et 142 de la loi qui trouveront à s'appliquer, il n'est pas possible de déterminer si ce contrôle visera la réalité et la qualité des prestations ou la simple application de la présomption établie; que les déclarations de la partie adverse ne permettent donc pas de garantir qu'il y aura un contrôle effectif et réel des prestations; que les dispositions querellées ne sont donc pas des règles d'application et conduisent effectivement à priver les requérants d'un revenu promérité; que c'est bien de l'acte attaqué que découlera la perte de revenus et non de la décision du SECM puisque, dès que ce dernier constatera le dépassement des plafonds, il y aura lieu à remboursement des montants; qu'un parallèle peut être fait avec le principe de légalité en matière fiscale, où la Cour constitutionnelle estime qu'il s'agit d'une matière réservée au législateur et que toute délégation portant sur la

détermination des éléments essentiels de l'impôt est en principe irrégulière; qu'en l'espèce, le principe est certes fixé dans la loi, mais la délégation au Roi est totale; que les éléments essentiels des limitations ne sont pas prévus dans la loi et la délégation au Roi n'est pas précise et ne porte pas sur la seule exécution de la loi; que l'acte attaqué viole donc le principe de légalité; que l'arrêt du 24 avril 2002 n'est pas pertinent puisqu'il concernait un médecin qui avait commis de nombreuses irrégularités et puisque le requérant n'invoquait pas la violation de l'article 16 de la Constitution ni celle de l'article 1^{er} du protocole additionnel dans la branche examinée; et qu'en l'espèce, les requérants exposent précisément en quoi il est porté atteinte au droit de propriété et justifient cette atteinte, notamment par l'indication du fait que la présomption ne permet pas d'atteindre les objectifs visés, la mesure étant disproportionnée.

Ils répliquent, quant à la seconde branche, que l'acte attaqué viole le droit de propriété garanti par l'article 16 de la Constitution et par l'article 1^{er} du protocole additionnel; que l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 84/93 n'est pas pertinent car l'objectif poursuivi par le législateur était le maintien des dépenses de biologie clinique dans une enveloppe déterminée; que le montant du remboursement était fixé en fonction de la part de chaque laboratoire dans les dépenses; que c'est dans ce contexte précis que la Cour constitutionnelle a jugé que la transformation d'une intervention illimitée en intervention provisoire dont le montant est limité ne constitue pas une privation de liberté; qu'en l'espèce, l'objectif de l'acte attaqué est de lutter contre la fraude et de promouvoir la qualité minimale des prestations effectuées; qu'une mesure tendant à plafonner l'intervention de l'assurance soins de santé sur la base d'une simple présomption ne permet pas d'atteindre cet objectif; que l'INAMI dispose d'une Commission des profils, qui a connaissance des dentistes présentant un profil "hors moyenne" et qui peut les convoquer pour qu'ils justifient leur pratique; que cette Commission peut confier une mission d'enquête au SECM, qui va vérifier la réalité et la conformité des soins; qu'un membre de la CNDM s'est toujours opposé au mécanisme des plafonds, estimant qu'une enquête de réalité-conformité devait obligatoirement y être couplée; que, contrairement à ce que laisse croire le rapport au Roi, il n'y avait pas de consensus au sein de la CNDM quant au mécanisme; qu'il a fallu procéder à deux votes, avec un vote négatif de 4 membres du banc des dentistes sur 10; que l'acte attaqué précise uniquement que l'intervention est subordonnée à la condition que le praticien de l'art dentaire ne dépasse pas les seuils fixés pour des périodes données; que la sanction semble donc être l'obligation de rembourser l'ensemble des prestations sur la période concernée, ce qui renforce le caractère disproportionné de la mesure; que l'arrêt de la Cour constitutionnelle n° 84/93 n'est pas pertinent puisque l'objectif est de lutter contre la fraude et de garantir la qualité des

soins et que la fixation d'un plafond ne se justifie pas au vu de ces objectifs; qu'alors que la partie adverse indique que le seuil de 200 P est un plafond élevé, il y a lieu de relever qu'un intervenant a indiqué qu'il serait commencé par un plafond élevé et qu'il serait ultérieurement révisé; que c'est donc le principe du plafond qui est en cause, et non sa hauteur; et que les restrictions au droit de propriété constituent donc bien une intervention démesurée et intolérable.

V.2. *Appréciation*

V.2.1. *Quant à la première branche*

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, §1^{er}, alinéa 2, troisième phrase, 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o, et 142, §1^{er}, alinéas 1^{er}, 2^o, 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, §1^{er}, 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 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o, de cette loi; *tertio*, la conséquence d'une méconnaissance de cette interdiction est définie par l'article 142, §1^{er}, alinéas 1^{er}, 2^o, et 2 de cette même loi.

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 1^{er} 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 première branche.

V.2.2. *Quant à la seconde branche*

L'acte attaqué porte exécution de l'article 35, § 1^{er}, alinéa 2, troisième phrase, de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994, et s'inscrit dans l'objectif du législateur énoncé lors des travaux préparatoires puisqu'il tend à assurer la qualité des soins et à garantir la

pérennité du système de financement de cette dernière. Un tel objectif n'est assurément pas critiquable.

Par ailleurs, les seuils fixés par l'acte attaqué – dont le requérant ne démontre pas en quoi ils seraient manifestement déraisonnables – reposent sur des charges de travail particulièrement élevées. En outre, le prestataire de soins a la possibilité de différer la réalisation des prestations qui seraient susceptibles de le mener à excéder les seuils fixés par l'acte attaqué. Enfin, les soins non repris par la nomenclature des prestations de soins ne sont pas visés par l'acte attaqué. Dans ces circonstances en lesquelles le risque de dépassement d'un des plafonds devrait rester exceptionnel, l'éventuelle limitation du droit de propriété, que le requérant estime devoir imputer à l'acte attaqué, n'apparaît, en toute hypothèse, pas excessive.

Enfin, il est certes exact, d'une part, que l'INAMI dispose d'autres voies pour réprimer des fraudes que commettraient les prestataires de soins et, d'autre part, que l'acte attaqué ne prévoit pas, comme le souhaitaient certains représentants des dentistes au sein de la CNDM, 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. Ces éléments touchent toutefois à l'opportunité de la mesure et ne peuvent donc être pris en compte par le Conseil d'Etat pour se prononcer sur la légalité de l'acte attaqué.

Le moyen ne peut davantage être déclaré fondé en sa seconde branche.

VI. Second moyen

VI.1. Thèses des parties

A. Requête

Les requérants prennent un moyen, le second, de la violation du principe général du droit à la sécurité juridique, des articles 10 et 11 de la Constitution, du principe de l'interdiction de l'arbitraire, de l'article 73 de la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance soins de santé et indemnités, de l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, du principe de la liberté diagnostique et thérapeutique du dentiste, du livre II, titre 3, de la loi du 28 février 2013 introduisant le Code de droit économique, de l'article 23 de la Constitution, de l'obligation de *standstill* et des principes du raisonnable et de la

proportionnalité.

Ils indiquent, en une première branche, que l'acte attaqué viole le principe général du droit à la sécurité juridique; que ce principe requiert que les normes soient claires et intelligibles et que l'environnement juridique soit stable et prévisible; que l'article 2 de l'acte attaqué laisse trop de questions ouvertes; que, premièrement, l'acte attaqué semble instituer une présomption irréfragable; que, cependant, il a été fait état en cours de procédure d'une enquête de conformité qui serait menée par le SECM; qu'il n'est donc pas possible de déterminer si ce dernier pourra se limiter au contrôle du seul respect des seuils ou s'il devra également vérifier si les soins ont été réalisés correctement; qu'il n'est pas possible de savoir si un dépassement des seuils pourrait être justifié par le praticien par un éventuel surcroît de travail (congé de confrères, soins à apporter en fin d'année pour assurer le maintien des droits des patients, maladie d'un confrère); que la Ministre de la Santé Publique n'a apporté aucune précision sur ce point lors de l'adoption de la loi du 19 mars 2013; que, deuxièmement, les seuils fixés par l'acte attaqué ne sont pas des multiples et ils permettent à un praticien de travailler plus par mois que par an, ce qui est une aberration juridique et économique; que la limite annuelle est nettement inférieure à 12 fois la limite mensuelle; que l'utilisation du mot "ou" offre un pouvoir trop large à l'administration, qui pourrait choisir les périodes à contrôler (un trimestre pourrait être régulier mais pas deux mois, certains trimestres sont plus chargés que d'autres); que l'acte attaqué ne précise pas sur quelle période pourra porter le contrôle, de sorte que le montant des remboursements ne peut être appréhendé; que rien n'est prévu pour les patients qui rendraient leurs attestations tardivement; que, troisièmement, il n'est pas possible de déterminer si la sanction applicable en cas de dépassement des seuils concernera toutes les prestations attestées durant la période considérée ou uniquement celles dépassant ces seuils; qu'il n'est pas possible de déterminer les prestations qui deviendraient non remboursables; qu'il n'est pas possible de déterminer le montant à rembourser puisque la valeur financière de P n'est pas univoque et varie en fonction de la nature de la prestation; qu'alors qu'une prestation pourrait être régulière car située sous un seuil mensuel, elle pourrait devenir irrégulière car elle excéderait le seuil trimestriel; et que de nombreux points ne sont donc pas réglés par l'acte attaqué.

Ils avancent, en une deuxième branche, que l'acte attaqué viole les articles 10 et 11 de la Constitution et le principe de l'interdiction de l'arbitraire; que l'objectif de la mesure est de lutter contre la fraude sociale et de préserver la qualité des soins; que l'acte attaqué traite d'une manière identique des dentistes se trouvant dans des situations différentes (dentistes travaillant seuls et dentistes travaillant avec une nombreuse assistance); que la valeur de P a été déterminée par l'imputation, pour

chaque prestation, d'une sous-valeur "travail" et d'une sous-valeur "matériel"; que, par exemple, l'obturation a été valorisée à concurrence de 80 % de travail et 20 % de matériel, le ratio étant alors de 0,8; que la consultation ou l'examen buccal annuel a été valorisé à concurrence de 100 % de travail et de 0 % de matériel, le ratio étant de 1; que le ratio attribué à la sous-valeur "travail" a ensuite été appliqué au taux des honoraires de l'INAMI de 2010, puis divisé par 6,98, étant la plus petite valeur d'honoraire dentaire, et enfin arrondi à l'unité la plus proche pour donner la valeur en points P de la prestation; que la formule mathématique permettant de calculer P est donc $P = (\text{taux 2010} \times R) / 6,98$; que la même formule que celle de l'arrêté royal du 17 janvier 2013 a été retenue; que l'acte attaqué mentionne que le coefficient de pondération P représente la partie de l'acte (examen ou traitement) qui requiert obligatoirement la qualification de praticien de l'art dentaire et ne reflète pas l'intervention d'un tiers non praticien de l'art dentaire ni le coût du matériel ni l'amortissement des moyens utilisés; que, cependant, les différentes valeurs de cette équation ont été fixées de façon arbitraire et sans tenir compte des différences existant entre les praticiens; que, pour de nombreuses prestations, ce calcul considère qu'il n'y a pas de frais de personnel ou des frais minimes; que, cependant, dans certains cabinets les frais de secrétariat, des logisticiens et des instrumentistes sont plus élevés; qu'il est donc inexact de retenir un facteur 1 pour certaines prestations, puisque cela revient à surévaluer le chiffre d'affaires des dentistes et à sous-évaluer leurs frais; que parallèlement le coefficient P n'est pas valablement calculé pour ces dentistes; que ces dentistes ne répercutent pas ces frais sur leurs patients, mais cette aide leur permet d'être beaucoup plus efficaces; que, si l'acte attaqué avait tenu compte de cette particularité, ces dentistes auraient été en mesure d'accomplir beaucoup plus de prestations avant d'atteindre le seuil de 200 P; qu'à supposer que les valeurs restent inchangées, il faudrait permettre à ces dentistes de justifier le dépassement des seuils; que rien ne justifie que ces dentistes, qui accomplissent des soins de qualité de manière régulière, soient privés de l'intervention de l'assurance soins de santé; que cette discrimination est d'autant plus déraisonnable vu l'objectif poursuivi; que l'INAMI a réservé les remboursements de certaines thérapies hospitalières aux hôpitaux pouvant justifier d'une pratique suffisante pour justifier l'expérience du praticien et la qualité du plateau technique; qu'une quantité suffisante d'actes permet de financer les outils les plus performants qui permettent d'augmenter la quantité des actes; que des outils plus performants et différentes assistances permettent de garantir une meilleure qualité des soins (radiographies plus rapides, polymérisation plus rapide, mécanisation de certains actes, amélioration de l'hygiène et de l'efficacité par la possibilité de ne pas accomplir certaines tâches...); que lors des discussions de la loi du 19 mars 2013, un parlementaire avait demandé s'il serait tenu compte de l'intervention d'un assistant et le ministre avait répondu que les paramètres seraient

établis sur une base objective, suite à une discussion au sein des organes de concertation pour définir les situations anormales; que pourtant, l'arrêté royal du 17 janvier 2013 avait déjà été adopté à cette date; et que les dispositions attaquées ne tiennent aucunement compte de ces distinctions entre les différents dentistes.

Ils soutiennent, en une troisième branche, que l'acte attaqué viole l'article 73 de la loi du 14 juillet 1994, l'article 11 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé et le principe de la liberté diagnostique et thérapeutique des dentistes; que cette liberté est garantie par les deux dispositions précitées et ne peut être limitée que par la loi; que l'acte attaqué a pour effet d'interdire aux dentistes de réaliser des prestations remboursables qu'ils estiment nécessaires si elles ont pour effet de leur faire dépasser les seuils fixés; que les suppléments pour soins urgents la nuit et le week-end ont une valeur P, ce qui démontre que même les urgences spéciales ne pourront pas être soignées par les dentistes qui auraient dépassé le plafond; et que ce système va créer des distinctions entre les patients qui, se trouvant dans une même situation sanitaire, ne pourront bénéficier des prestations auprès d'un praticien mais bien auprès d'un autre.

Ils relèvent, en une quatrième branche, que les mesures attaquées violent les articles 10 et 11 de la Constitution et le livre II, titre 3, de la loi du 28 février 2013 introduisant le Code de droit économique en créant une discrimination entre les dentistes qui tirent leurs revenus des honoraires de l'INAMI et ceux qui effectuent des prestations non remboursées par l'assurance soins de santé; que la liberté d'exercer une activité professionnelle implique la faculté d'organiser un négoce avec les moyens et selon les modes de son choix; que cette liberté permet aux dentistes de choisir le type de prestations ou les catégories de patients qu'ils souhaitent privilégier; que certains, comme les requérants, choisissent d'axer leur pratique sur les prestations remboursables; que ces dentistes, qui contribuent à permettre l'accès aux prestations de première nécessité, sont des dentistes sociaux; que d'autres dentistes préfèrent axer leur pratique sur des prestations non remboursées et moins nécessaires, voire purement esthétiques; que l'acte attaqué traite ces dentistes de manière différente, puisque seuls les premiers peuvent être affectés par l'acte attaqué; que, si l'objectif est d'assurer la qualité des soins, il est incohérent de ne pas tenir compte également des soins non remboursables pour limiter les honoraires et les prestations que les dentistes peuvent effectuer; que ce n'est pas parce qu'on pratique une dentisterie "de luxe" qu'on ne peut pas accumuler des prestations d'une manière préjudiciable à la qualité des soins; que, dans le régime du tiers-payant, les montants perçus par les dentistes constituent une indemnisation des services fournis; que la récupération des honoraires perçus au-delà des seuils constitue bien une limitation des honoraires des dentistes; et

que tous les dentistes, sociaux ou autres, doivent fournir des soins de qualité à leurs patients.

Ils considèrent, en une cinquième branche, que l'acte attaqué viole l'article 23 de la Constitution, qui garantit le droit à la sécurité sociale et à l'aide médicale; que cette disposition a un effet *standstill*, qui empêche un recul significatif ou sensible du niveau de protection offert à son bénéficiaire; que l'acte attaqué institue un tel recul; que l'introduction d'une limitation de l'intervention de l'assurance soins de santé amènera les dentistes à refuser de soigner certains patients alors qu'ils en auraient besoin de manière tout à fait légitime; qu'un patient pourrait être privé du droit d'être traité par le dentiste de son choix si celui-ci a atteint le plafond prévu par l'acte attaqué; qu'en situation d'urgence, un patient pourrait même être privé du droit d'être soigné; et que l'acte attaqué porte donc atteinte à la continuité des soins, au choix du thérapeute ainsi qu'au droit d'être soigné en cas d'urgence médicale garantis par l'article 23 de la Constitution.

Ils estiment, en une sixième branche, que l'acte attaqué viole les principes du raisonnable et de proportionnalité; que l'acte attaqué est motivé par le fait que les revenus perçus par certains praticiens démontreraient qu'ils n'effectuent pas ou pas correctement les prestations attestées; que cette affirmation n'est ni explicitée ni étayée; que la recherche des fraudeurs et la promotion de la qualité des soins sont déjà assurées par d'autres dispositions de la loi ASSI, en l'occurrence, les articles 73bis et 138 et suivants; que, lors de l'adoption de la loi du 19 mars 2013, un parlementaire indiquait qu'elle était déconnectée de la réalité et qu'il n'était pas pertinent de poursuivre les abus par la fixation d'un plafond des interventions; que la partie adverse est, en réalité, partie du constat que le SECM ne réussissait pas à apporter la preuve des différents manquements; que l'acte attaqué crée une présomption de fraude lorsque le plafond est dépassé; que l'acte attaqué institue des sanctions et renverse la charge de la preuve dans le cadre de la recherche des infractions; que le SECM n'aura plus à prouver les manquements mais pourra se fonder sur le seul dépassement des plafonds; que de telles mesures n'ont pas leur place dans la nomenclature et sont disproportionnées par rapport à l'objectif poursuivi; que la recherche d'éventuelles fraudes sociales ne peut se faire au mépris des droits élémentaires des dentistes; qu'il est disproportionné et déraisonnable de limiter l'intervention de l'assurance soins de santé sans tenir compte des justifications tenant à la réalité et la qualité des soins attestés, notamment grâce à l'assistance de personnel qualifié; qu'il ne s'agit pas d'une question d'opportunité mais d'une question de proportionnalité; que la présomption irréfutable est clairement disproportionnée puisqu'il n'y a aucun contrôle de la réalité et de la conformité des prestations; et que l'acte attaqué tend à rendre irrégulière et

donc sanctionnable une prestation réellement et correctement effectuée.

B. Mémoire en réponse

La partie adverse répond, quant à la première branche, 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'un forfait 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; qu'un simple calcul permet de déterminer si les seuils sont dépassés ou non; que les modalités de constatation de l'infraction sont connues puisqu'il s'agit d'un constat opéré lors d'un contrôle de conformité dans le respect des règles visées aux articles 142 et suivants de la loi du 14 juillet 1994; que les seuils fixés par l'acte attaqué ont été retenus en tenant compte d'une très forte activité des dentistes; que, par la mesure querellée, le prestataire connaît 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 deuxième branche, que les requérants partent du postulat erroné selon lequel l'intervention de la sécurité sociale constituerait un revenu que leur consent l'Etat, alors qu'il s'agit d'un montant accordé à un malade pour un soin donné, répondant à des normes de qualité données et à des conditions données; que, dans cette perspective, la nomenclature ne fixe pas de montants distincts selon que le prestataire de soins occupe ou non du personnel, qu'il loue un immeuble de standing,

qu'il soigne en priorité telle ou telle patientèle, qu'il choisit tel ou tel instrument...; que la nomenclature fixe, sur la base de ce que les représentants du secteur ont estimé raisonnable, la valeur relative d'une prestation donnée et, une fois cette valeur fixée, elle est valorisée compte tenu des moyens disponibles; qu'il s'agit d'une règle générale et abstraite, qui ne peut s'identifier à chaque situation individuelle, à l'instar des limitations de vitesse, qui ne tiennent pas compte des caractéristiques de chaque véhicule; que la jurisprudence considère que l'Etat dispose d'une large marge d'appréciation dans la définition des politiques de sécurité sociale, de sorte que seule l'erreur manifeste d'appréciation peut être sanctionnée, sans qu'il suffise de constater qu'une autre mesure pourrait raisonnablement être admise ou semblerait meilleure; que, sur la base du dossier administratif, la fixation de la valeur P n'apparaît pas comme incompréhensible; que les organes de l'INAMI ont examiné la manière dont ces valeurs ont été fixées; que les valeurs des coefficients P et R ne sont pas arbitraires mais sont le fruit de l'évaluation opérée par des professionnels du secteur au sein du Conseil technique dentaire et de la CNDM; qu'elles ont été édictées en se fondant notamment sur des travaux de recherche universitaire, dont la contribution du Docteur DE LEMBRE; qu'elles sont d'autant moins arbitraires que les seuils sont volontairement très élevés; et que les requérants ne justifient ni la discrimination ni l'arbitraire que pourraient constituer les valeurs attribuées aux coefficients P.

Elle répond, quant à la troisième branche, que l'acte attaqué modifie la nomenclature des prestations de santé et décrit donc les conditions auxquelles une prestation est remboursable; que le Conseil d'Etat a jugé, dans son arrêt n° 206.604 du 3 juin 2010, que le libre choix du patient et la liberté thérapeutique concernent la prestation et non la possibilité de porter cette prestation en compte de la sécurité sociale; que l'acte attaqué ne porte donc atteinte ni au libre choix du patient ni à la liberté thérapeutique et diagnostique du prestataire; qu'il est par ailleurs admis que la liberté thérapeutique n'est pas absolue et peut être limitée par les contraintes et choix des autorités en matière de sécurité sociale, pour autant qu'elles n'agissent pas de manière déraisonnable; qu'à supposer que l'acte attaqué induise une limitation à la liberté, celle-ci est prévue par l'article 35 de la loi AMI; et que de nombreux mécanismes répondant à une logique de promotion de la qualité des soins ont été validés par la Cour constitutionnelle.

Elle répond, quant à la quatrième branche, que l'acte attaqué a pour objet de modifier la nomenclature et ne concerne donc pas les prestations non remboursables; qu'une discrimination s'entend du traitement différent de situations comparables ou du traitement identique de situations différentes; qu'il n'est pas discriminatoire de fixer des conditions de remboursement pour des prestations

remboursables et de ne pas le faire pour des prestations non remboursables; que les articles 10 et 11 de la Constitution visent les discriminations de droits; et que les requérants reconnaissent avoir fait le choix d'une pratique et doivent accepter d'en subir les conséquences, comme toutes les personnes qui auraient effectué un choix identique.

Elle répond, quant à la cinquième branche, qu'elle est irrecevable puisque les requérants ne sont garants ni de l'intérêt général ni de l'intérêt de leurs patients; que l'acte attaqué ne méconnaît aucunement le principe du libre choix du praticien puisque le libre choix du patient concerne la prestation et non la possibilité ou non de porter cette prestation en compte à la sécurité sociale; qu'en présence d'un praticien ayant atteint les plafonds, le patient pourra bénéficier de soins chez un autre praticien; que l'argument des requérants est paradoxal puisque l'acte attaqué a pour objectif d'assurer une qualité suffisante des soins; que le risque couru par le patient découle du refus du prestataire de s'inscrire dans le régime de sécurité sociale mis en œuvre et de son choix de ne pas tenir compte, au mépris de son obligation légale et déontologique, des moyens globaux mis à sa disposition par la société; et que ce risque ne découle pas de la mise en œuvre de l'acte attaqué mais du choix du praticien de ne pas s'y conformer.

Elle répond, quant à la sixième branche, que les requérants ne contestent pas la nécessité de prendre des mesures contre la minorité de praticiens qui sont à l'origine d'une part significative du dépassement du budget des soins de santé, mais en contestent la teneur; que les requérants contestent l'opportunité de la mesure; qu'il n'appartient pas au Conseil d'Etat de sanctionner une opportunité politique, mais uniquement une illégalité; que le Conseil d'Etat ne peut sanctionner qu'un choix manifestement déraisonnable; que le Conseil d'Etat estime, par ailleurs, qu'il ne lui appartient pas de remettre en question les études sur lesquelles les pouvoirs publics se fondent pour adopter une mesure; qu'en l'espèce, l'acte attaqué fait suite au constat consensuel opéré dans les organes de concertation de l'INAMI qu'une part infime des praticiens perçoit des revenus qui ne peuvent être engendrés par un mode d'attestation correcte et/ou moyennant la préservation d'une qualité minimale des prestations effectuées; que le caractère totalement disproportionné et déraisonnable de la mesure est donc contredit par les représentants de la profession; qu'en outre, les valeurs P sont manifestement raisonnables; qu'il est effectivement peu réaliste d'avoir une activité de plus de 16 heures de travail par jour pendant des périodes d'un mois, d'un trimestre ou d'une année, et ce sans interruption; et qu'en outre, il ne s'agira que d'une méconnaissance des conditions fixées dans la nomenclature et il appartiendra au SECM de mener une procédure de contrôle et de prendre une décision.

C. Mémoire en réplique

Les requérants répliquent, quant à la première branche, deuxième critique, qu'il existe une incertitude quant à la question de savoir si une prestation sera ou non portée en compte; qu'une attestation de soins donnés peut ne pas être remboursée (patients pas en règles, prestation non remboursable en raison de sa périodicité), ce qui porte atteinte au principe de sécurité; qu'un dentiste ne pourra donc jamais savoir s'il a atteint ou non le quota prévu par la réglementation; que les déclarations au sein de la CNDM selon lesquelles il s'agirait de périodes fixes ne rencontrent pas les interrogations soulevées dans l'argument; et qu'en ce qui concerne la troisième critique, le rapport déposé par l'auditeur dans le cadre du recours introduit contre l'arrêté royal du 17 janvier 2013, indiquait que le non-respect de la réglementation constituait une infraction susceptible de faire l'objet d'une amende administrative et que les praticiens pouvaient donc se prévaloir du principe de sécurité juridique.

Ils répliquent, quant à la deuxième branche, que les services de l'INAMI ont établi une note expliquant la manière dont les quotes-parts ont été calculées; que cette note n'apporte, toutefois, pas de précision sur la manière dont les valeurs P ont été calculées et qu'il s'en déduit qu'il n'a pas été tenu compte de l'aide logistique ou de l'assistance pour les prestations; que l'étude du Professeur DE LEMBRE n'est pas présentée, qu'elle a été exclusivement rédigée en néerlandais et qu'elle ne concerne que les praticiens exerçant seuls, 1.138 heures par an, pas ceux travaillant en groupe avec une forte assistance; et que, lorsque la Commission des profils convoque un dentiste, elle l'interroge précisément sur sa pratique (cabinet, assistance, tiers-payant...) et module sa grille d'analyse en fonction de différents paramètres.

Ils se limitent à réitérer l'argumentation de la requête pour ce qui concerne la troisième branche.

Ils répliquent, quant à la quatrième branche, que chaque dentiste est en droit d'adapter son rythme de travail à ses conditions de vie; que certains dentistes étrangers peuvent venir travailler quelques temps intensément en Belgique avant de retourner dans leur pays; que certains dentistes peuvent avoir une activité accessoire qui les empêche de travailler autant à tout instant, assumer des gardes, travailler plus que d'autres ou travailler pendant les périodes de congé, où il y a plus de travail; que l'acte attaqué ne se limite pas à fixer des conditions d'intervention de l'assurance soins de santé mais établit des plafonds ne pouvant être dépassés ou entraînant un non-remboursement; et que l'acte attaqué met en place un système de privation du fruit de l'activité des dentistes.

Ils se limitent à réitérer l'argumentation de la requête pour ce qui concerne la cinquième branche.

Ils répliquent, quant à la sixième branche, que le Conseil d'Etat a reconnu que le principe de proportionnalité est un principe général de droit; que si l'objectif était réellement de garantir la qualité des soins, la partie adverse aurait dû instaurer un régime de paiement au forfait capitaire afin que les prestations ne doivent jamais être réitérées; et que la sanction prévue par l'acte attaqué est drastique puisqu'il s'agit d'une obligation de remboursement de l'ensemble des prestations réalisées sur la période concernée, qui peut aller jusqu'à une année.

VI.2. Appréciation

VI.2.1. Quant à la première branche

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 1^{er} janvier ou le 1^{er} avril ou le 1^{er} juillet ou le 1^{er} octobre;
 - ou 46000 P pour une période donnée d'une année civile".

Ce paragraphe 19 nouveau doit être lu en combinaison avec les dispositions contenues dans les articles des articles 73bis, alinéa 1^{er}, 2^o, et 142, §1^{er}, alinéas 1^{er}, 2^o, et 2, de la loi coordonnée le 14 juillet 1994 précitée.

L'article 73*bis*, alinéa 1^{er}, 2^o, est libellé comme suit:

- " Art. 73*bis*. 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^o 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, §1^{er}, alinéas 1^{er}, 2^o, et 2, est libellé comme suit, dans une version qui ne correspond donc pas à celle dont la partie adverse se prévaut dans son mémoire en réponse:

"Art. 142. § 1^{er}. 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 73*bis* :

[...]

2^o 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 73*bis*, 2^o;

[...]

En cas d'infraction aux dispositions de l'article 73*bis*, 1^o et 3^o, 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^o et 4^o de l'article 73*bis*, 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".

Les dispositions de l'acte attaqué et celles de la loi coordonnée, ainsi reproduites, font apparaître à suffisance que:

- c'est le seul dépassement d'un des plafonds de valeurs P qui exposera le praticien au risque d'un remboursement, sans qu'il y ait lieu d'avoir égard au fait que les soins ont été réalisés correctement ou non;
- le système ainsi conçu ne prévoit pas la prise en considération de justifications liées à un éventuel surcroît de travail. Les prétendues incertitudes dont le moyen tente ainsi de faire état pour invoquer une atteinte au principe de sécurité juridique ne sont donc pas vérifiées;
- 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, et non – comme le moyen paraît en envisager la possibilité – toutes les prestations attestées au cours de la période pour laquelle un dépassement est constaté.

Les prétendues incertitudes dont le moyen tente ainsi de faire état pour invoquer une atteinte au principe de sécurité juridique ne sont donc pas vérifiées.

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 1^{er}, 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, le Conseil d'Etat n'aperçoit pas en quoi la dégressivité des plafonds de valeurs P au fur et à mesure de l'allongement de la période de référence, que le moyen met en cause au travers de plusieurs critiques, révélerait – en soi – une atteinte au principe de sécurité juridique, ce système de dégressivité étant parfaitement prévisible pour le praticien, qui – connaissant les trois plafonds de valeurs P au regard desquels son volume de prestations est susceptible d'être contrôlé – ne peut sérieusement soutenir qu'il risque d'être surpris par le choix de la période sur laquelle portera un contrôle, de même que par le montant des remboursements auxquels il sera – le cas échéant – tenu.

Enfin, ne sont pas davantage sources d'insécurité juridique les effets – certes non pris en considération par les dispositions applicables – d'une transmission tardive de l'attestation à l'organisme assureur ou d'une exclusion de la prestation du bénéfice de l'assurance soins de santé pour des motifs autres que le dépassement d'un plafond de valeurs P. En effet, d'une part, la transmission différée d'une attestation à l'organisme assureur n'aura 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 portée en compte, et non celle, aléatoire, au cours de laquelle l'organisme assureur interviendra effectivement. D'autre part, il est 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.

Il suit de l'ensemble de ces considérations que le moyen ne peut être déclaré fondé en sa première branche.

VI.2.2. Quant à la deuxième branche

Le moyen qui, en cette deuxième branche, mêle plusieurs griefs aux termes desquels les requérants semblent reprocher à la partie adverse d'avoir fixé les valeurs P de manière arbitraire et au mépris des règles d'égalité et de non-discrimination, n'invoque toutefois la violation d'aucune règle qui – hormis les articles 10 et 11 de la Constitution, dont il n'est pas exposé concrètement comment ils auraient été violés – imposerait au Roi, lorsqu'il fixe les règles de la nomenclature des prestations de santé, de prendre en compte la manière dont les praticiens organisent leur activité.

Il faut donc inférer du moyen, tel que formulé, qu'il reproche, en substance, à l'acte attaqué de procéder d'une erreur manifeste d'appréciation commise par le Roi dans la mise en œuvre d'une disposition qui L'habilite à fixer – précisément à la faveur d'un pouvoir d'appréciation – les règles relatives à la nomenclature des prestations.

Outre que le moyen ne permet pas d'identifier une telle disposition, force est de décider que, faute pour les requérants de fournir des éléments permettant de conclure que les valeurs P seraient entachées d'une erreur manifeste d'appréciation, il n'appartient pas au Conseil d'Etat de censurer le choix opéré par le Roi de fixer une valeur identique pour chaque prestation, indépendamment de l'organisation donnée par chaque prestataire de soins à son activité.

Par ailleurs, à défaut pour les requérants de démontrer concrètement 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.

Il s'ensuit que le moyen ne peut être accueilli en sa deuxième branche.

VI.2.3. Quant à la troisième branche

En vertu de l'article 73, §1^{er}, alinéa 1^{er}, 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 limitations de l'assurance soins de santé, à l'instar notamment de son article 35, §1^{er}, 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, les requérants ne démontrent 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 troisième branche.

VI.2.4. Quant à la quatrième branche

Formellement, le moyen invoque la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, ainsi que des dispositions qui consacrent la liberté d'exercer une activité économique de son choix.

En réalité, il apparaît surtout comme faisant grief à l'acte attaqué de méconnaître les principes d'égalité et de non-discrimination consacrés par les articles 10 et 11 de la Constitution, en traitant de manière différente les "dentistes qui tirent leurs revenus des honoraires de l'INAMI", d'une part, et "les autres qui fournissent des prestations non remboursées par l'assurance maladie-invalidité", d'autre part, et ce alors que l'objectif de qualité des soins est une obligation tant pour les uns que pour les autres.

Compte tenu de ce que l'objet de l'acte attaqué consiste en une limitation de l'intervention de l'assurance soins de santé à un seuil maximal de prestations par praticien et par période, fût-ce pour servir des objectifs plus généraux, tel le maintien d'un niveau de qualité des soins, la différence de traitement entre les deux catégories qu'identifient les requérants n'est ni dénuée de pertinence, ni excessive au regard d'un

tel objet, de sorte qu'elle ne peut être considérée comme provoquant, entre ces catégories de praticiens, une discrimination en méconnaissance des articles 10 et 11 de la Constitution.

Il s'ensuit que le moyen ne peut être déclaré fondé en sa quatrième branche.

VI.2.5. Quant à la cinquième 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, les risques d'atteinte au choix du thérapeute et de privation de soins en cas d'urgence, dénoncés par les requérants, apparaissent particulièrement limités, dès lors, d'une part, que le praticien confronté à la menace de dépassement d'un des plafonds réglementaires a la possibilité de différer une prestation de soins ou de diriger le patient vers un autre praticien et, d'autre part, que le plafond annuel de valeurs P est tel que les cas de dépassement devraient rester exceptionnels. Cette faible probabilité dément le caractère significatif d'un recul du droit à la protection de

la santé que pourrait causer l'acte attaqué.

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 cinquième branche.

VI.2.6. Quant à la sixième branche

Les requérants soutiennent que l'acte attaqué viole le principe du raisonnable et de proportionnalité pour différentes raisons qu'ils exposent dans leurs écrits de procédure.

Il apparaît toutefois, à la lecture de ces arguments, que ce que les requérants critiquent en réalité, c'est l'opportunité du choix fait par la partie adverse, au départ d'un constat consensuel – bien que pas unanime – des organismes assureurs et des représentants des praticiens de l'art dentaire, de la dispensation et de l'attestation, par certains praticiens, de prestations non régulièrement ou non correctement effectuées, de supprimer l'intervention de l'assurance soins de santé, à charge de ces praticiens, au-delà d'un seuil fixé particulièrement haut.

Il n'appartient pas au Conseil d'Etat d'exercer un contrôle de l'opportunité de la mesure ainsi prise.

La circonstance que les manquements aux règles relatives à l'attestation de soins puissent également être mis en évidence et sanctionnés par le biais d'autres procédures prévues par la loi n'a pas pour effet de rendre la mesure illégale, pas plus que le fait que d'autres systèmes d'intervention de l'assurance soins de santé (tel un "régime de paiement au forfait capitaire") auraient pu être imaginés.

Par ailleurs, pour tenter de convaincre que ce n'est pas l'opportunité de la mesure adoptée qui est mise en cause, mais bien son caractère disproportionné, les requérants font plus particulièrement valoir deux arguments.

D'une part, ils soutiennent que, par le jeu d'une présomption qu'il institue en quelque sorte, l'acte attaqué impose une obligation de remboursement des montants se rapportant à certains soins attestés, sans qu'il soit possible d'avoir égard à quelque justification de la réalité et de la qualité de ceux-ci. Toutefois, la faible probabilité de dépassement des seuils et, partant, d'obligation de remboursement contredit le caractère prétendument disproportionné du système mis en place par l'acte attaqué.

D'autre part, le caractère disproportionné serait attesté par le fait que l'acte attaqué impose potentiellement, selon les termes du mémoire en réplique, "une obligation de remboursement de l'ensemble des prestations réalisées sur la période concernée qui peut aller jusqu'à une année complète". Il ressort toutefois de la réponse à la première branche de ce moyen que l'obligation de remboursement qui s'imposera, le cas échéant, au praticien concerné portera sur les seules prestations qui auront été attestées après que le plafond a été atteint, et non sur toutes les prestations qui auront été attestées au cours de la période pour laquelle un dépassement est constaté.

Il suit de ces considérations que le moyen n'est pas fondé en sa sixième branche.

VII. Indemnité de procédure et dépens

Dans la note d'observations déposée en l'affaire G/A 216.359/VI-20.497, la partie adverse demande que lui soit accordée une indemnité de procédure de 700 euros.

Dans ses mémoire en réponse et dernier mémoire introduits en l'affaire G/A 216.639/VI-20.537, la partie adverse demande que lui soit accordée une indemnité de procédure de 840 euros.

Les requérants n'ont fait état d'aucun élément dont le Conseil d'Etat pourrait tenir compte pour réduire le montant des indemnités sollicitées.

L'indemnité de procédure visée est en principe due pour chaque affaire enrôlée.

Toutefois, en l'espèce, le déroulement de la procédure en suspension et la jonction des deux affaires, ordonnée par l'arrêt n° 232.604 du 19 octobre 2015 imposent de constater que la partie adverse n'a déposé qu'une seule pièce de procédure à chacun des stades de celle-ci.

Dans ces circonstances, il y a lieu de n'octroyer qu'une seule indemnité de procédure, liquidée au montant de base de 700 euros, majoré de 20 pourcent, en raison de la procédure de suspension.

Par ailleurs, le désistement d'instance, dans l'affaire G/A

216.359/VI-20.497, et le rejet du recours, dans l'affaire G/A 216.639/VI-20.537, justifient que les autres dépens soient mis à la charge des requérants.

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

Article 1^{er}.

Le désistement d'instance est décrété dans l'affaire inscrite sous le n° G./A.216.359/VI-20.497.

Article 2.

La requête est rejetée dans l'affaire dans l'affaire inscrite sous le n°-G./A.216.639/VI-20.537.

Article 3.

Une indemnité de procédure de 840 euros est accordée à la partie adverse, à la charge des parties requérantes.

Les autres dépens, liquidés à la somme de 1.200 euros, sont également mis à la charge des parties requérantes à concurrence de 600 euros chacune.

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

MM. David DE ROY

Serge BODART,

M^{me} Katty LAUVAU,

Président de chambre f.f.,

Conseiller d'Etat,

Conseiller d'Etat,

Greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Katty LAUVAU.

Pascale VANDERNACHT.