

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF

VI^e CHAMBRE

A R R Ê T

n^o 259.078 du 8 mars 2024

A. 232.291/VI 21.915

En cause : **l'association sans but lucratif ASSOCIATION
DES GÉNÉRALISTES DE LA RÉGION DES
FAGNES**, en abrégé : AGRF,
ayant élu domicile chez
M^e Stefaan CALLENS, avocat,
avenue de Tervuren 40
1040 Bruxelles,

contre :

l'État belge, représenté par le Ministre des
Affaires sociales et de la Santé publique,
ayant élu domicile chez
M^{es} Clémentine CAILLET et
Sacha HANCART, avocats,
avenue Tedesco 7
1160 Bruxelles.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 23 novembre 2020, l'ASBL Association des Généralistes de la Région des Fagnes demande l'annulation de « l'arrêté royal du 10 septembre 2020 relatif à la permanence médicale par les médecins généralistes et à l'agrément des coopérations fonctionnelles, publié dans le *Moniteur Belge* du 25 septembre 2020 ».

II. Procédure

La contribution et les droits visés respectivement aux articles 66, 6^o, et 70 de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État ont été acquittés.

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

M. Florian Dufour, auditeur adjoint au Conseil d'État, a rédigé un rapport

ECLI:BE:RVSCE:2024:ARR.259.078

VI - 21.915 - 1/30

sur la base de l'article 12 du règlement général de procédure.

Le rapport a été notifié aux parties.

Les parties ont déposé des derniers mémoires.

Par une ordonnance du 12 décembre 2023, l'affaire a été fixée à l'audience du 24 janvier 2024.

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

M^e Stefaan Callens, avocat, comparaisant pour la partie requérante, et M^e Clémentine Caillet, avocate, comparaisant pour la partie adverse, ont été entendus en leurs observations.

M. Florian Dufour, auditeur adjoint, 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 utiles

1. La requérante est une association sans but lucratif fondée le 12 décembre 2002 à Couvin. Son objet social est le suivant :

« [...] l'organisation de la garde et des missions attribuées au cercle selon la législation en vigueur. De plus, elle veillera à la protection, au développement et à l'étude des intérêts professionnels, à l'épanouissement des sentiments de solidarité entre ses membres, ainsi qu'à l'organisation d'un enseignement postuniversitaire et de soins à domicile. Elle peut accomplir tous les actes se rapportant directement ou indirectement à son objet. Elle peut notamment prêter son concours et s'intéresser à toute activité similaire à la sienne ».

Depuis le 28 février 2007, elle est agréée par un arrêté ministériel comme cercle de médecins généralistes pour la zone constituée des communes de Beaumont, Chimay, Froidchapelle, Momignies, Sivry-Rance, Cerfontaine, Couvin, Doische, Philippeville et Viroinval.

L'agrément des cercles de médecin généraliste est fondé sur l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 du 10 novembre 1967 relatif à l'exercice des professions des soins de santé, qui prévoyait notamment ce qui suit, avant que son texte soit remplacé à

l'occasion d'une loi du 10 avril 2014 portant des dispositions diverses en matière de santé :

« § 1^{er}. Les organisations professionnelles représentatives des praticiens visés aux articles 2, § 1^{er}, 3, 4, 21bis et 21noviesdecies ou des groupements constitués à cet effet peuvent instituer des services de garde garantissant à la population la dispensation régulière et normale des soins de santé tant en milieu hospitalier qu'à domicile. Aucun des praticiens visés aux articles 2, § 1^{er}, 3, 4, 21bis et 21noviesdecies et satisfaisant aux conditions exigées ne peut être exclu de ces services de garde, à condition que l'intéressé souscrive au règlement d'ordre intérieur et qu'il observe les règles déontologiques.
Les organisations ou les groupements visés à l'alinéa 1^{er} du présent paragraphe communiquent à la commission médicale compétente le rôle de garde établi par leurs soins ainsi que toutes modifications qui y seraient apportées et un règlement d'ordre intérieur.
Le Roi peut confier les missions fixées par Lui, relatives à l'organisation locale et à la représentation des professionnels concernés et relatives à la collaboration avec d'autres professionnels des soins de santé, aux organisations ou groupements visés à l'alinéa 1^{er}, à condition qu'ils soient agréés à cette fin. Les conditions et la procédure d'obtention de l'agrément sont fixées par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.
[...] » .

Sur la base de cet article, un arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes a défini comme suit les cercles de médecins généralistes, en son article 1^{er} :

« [...] une association regroupant tous les médecins généralistes qui y ont librement adhéré et qui exercent leur activité professionnelle dans une zone d'un seul tenant, géographiquement délimitée, et dont le but est d'exécuter les missions formulées au chapitre II du présent arrêté ».

Le même article définissait comme suit le « service de garde de médecins généralistes » :

« Un système de garde bien défini qui garantit à la population une prestation de soins de médecine générale régulière et normale, dont la gestion est assurée par des médecins pratiquant au sein d'une zone de médecins généralistes, dans le sens de l'article 1^{er}, 5, du présent arrêté ».

L'article 4 du même arrêté royal énonçait comme suit la mission des cercles :

« Le cercle de médecins généralistes organise le service de garde de médecins généralistes dans toute la zone de médecins généralistes. Ce service peut comprendre plusieurs unités qui, ensemble, ne forment qu'un service de garde de médecins généralistes pour l'ensemble de la zone de médecins généralistes ».

Les normes que doivent respecter le service de garde des médecins généralistes étaient par ailleurs énoncées par l'article 5 du même arrêté.

Sur la base de l'article 9, § 1^{er}, alinéa 3, de l'arrêté royal n° 78 précité, le ministre de la Santé publique a adopté un arrêté du 28 juin 2002 fixant les conditions en vue de l'obtention de l'agrément des cercles de médecins généralistes et un arrêté du 16 décembre 2002 fixant les modalités d'agrément des cercles de médecins généralistes.

2. L'article 6 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la sixième réforme de l'État a remplacé le texte de l'article 5, § 1^{er}, I, de la loi spéciale du 8 août 1980, consacré aux compétences des communautés en matière de politique de santé.

Cet article prévoit désormais notamment ce qui suit :

- « Art. 5. § 1. Les matières personnalisables visées à l'article 128, § 1^{er}, de la Constitution, sont :
- I. En ce qui concerne la politique de santé :
- [...]
- 6° l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien aux professions des soins de santé de première ligne ;
- [...] ».

Les travaux parlementaires relatifs à cette modification de la loi spéciale expliquent ce qui suit au sujet de cette attribution de compétence aux communautés (Doc. Parl., Sénat, Sess. 2012-2013, n° 5-2232/1, pp .39 et 40) :

- « 4) Quatrièmement, les communautés deviennent compétentes pour l'organisation des soins de santé de première ligne et pour le soutien des métiers de la santé de première ligne, à l'exception de ce qui relève de l'assurance maladie-invalidité. À l'heure actuelle, la compétence pour l'organisation des soins de santé de première ligne est ventilée entre l'autorité fédérale et les communautés. En vertu de l'article 5, § 1^{er}, I, 1°, de la loi spéciale du 8 août 1980 de réformes institutionnelles, les communautés sont en principe compétentes pour l'organisation des soins de santé de première ligne mais, dans ce cadre, elles ne peuvent en aucune manière porter atteinte aux compétences de l'autorité fédérale, telles que décrites aux *litterae* a) à g) de cette disposition, ni porter atteinte aux autres compétences fédérales, comme la compétence fédérale en matière d' "exercice de l'art médical et des professions paramédicales". En outre, l'autorité fédérale est restée jusqu'à présent compétente pour l'assurance maladie-invalidité et, de ce fait, également lorsqu'elle concerne l'organisation des soins de santé de première ligne et le soutien des métiers de la santé de première ligne.
- Par "organisation des soins de santé de première ligne et soutien des métiers de la santé de première ligne", l'on entend l'encadrement infrastructurel et organisationnel du niveau de soins de santé en dehors des hôpitaux aigus où les professionnels se consacrent au premier accueil et à l'accompagnement professionnel des problèmes de santé que le patient n'est pas à même de résoudre lui-même.
- Ainsi, les communautés deviennent par exemple compétentes pour les règles relatives aux cercles des médecins généralistes qui organisent les services de garde, le Fonds Impulso pour la médecine générale, le financement des cercles de médecins généralistes [Cf. par exemple l'article 36^{quater} de la loi relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, coordonnée le 14 juillet 1994; l'arrêté royal du 4 juin 2003 fixant les conditions dans lesquelles l'assurance

obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière dans le fonctionnement des cercles de médecins généralistes agréés conformément aux normes fixées sur la base de l'article 9 de l'arrêté royal n° 78 relatif à l'exercice des professions des soins de santé; l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes; l'arrêté ministériel du 28 juin 2002 fixant les conditions en vue de l'obtention de l'agrément des cercles de médecins généralistes; l'arrêté ministériel du 16 décembre 2002 fixant les modalités d'agrément des cercles de médecins généralistes], les réseaux locaux multidisciplinaires, les services intégrés de soins à domicile, les actions de prévention menées par les dentistes et les commissions médicales ».

Il ressort donc de cet exposé que la compétence sur les cercles des médecins généralistes, qui font partie de l'organisation des soins de santé de première ligne, a été transférée aux communautés, en même temps que la réglementation existante au sujet de ces cercles.

3. C'est dans ce contexte que le législateur fédéral a adopté, le 22 avril 2019, une loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé.

La loi du 22 avril 2019 précitée contient une section 7 intitulée « permanence » qui prévoit, en son article 21, l'obligation suivante :

« Le médecin, l'infirmier, le dentiste, la sage-femme, le pharmacien, le kinésithérapeute, le psychologue clinique et l'orthopédiste clinique doivent, lorsqu'une permanence est organisée pour leur profession, y participer et le mentionner dans leur portfolio.
Tout médecin généraliste a l'obligation de participer à la permanence médicale dans la zone où il exerce sa profession. Pour répondre à cette obligation, le médecin généraliste participe à la permanence médicale organisée par une coopération fonctionnelle de médecins généralistes agréée qui fixe des modalités en matière de permanence médicale dans la zone concernée. »

L'article 22 de la loi du 22 avril 2019 habilite comme suit le Roi à déterminer les conditions des permanences des professions des soins de santé :

« § 1^{er}. Le Roi fixe les conditions minimales auxquelles doit satisfaire la permanence visée à l'article 21. Ces conditions peuvent porter sur la permanence organisée par profession des soins de santé ou sur la permanence organisée de manière interdisciplinaire.
Dans ce cadre, Il peut entre autres définir les modalités relatives :
1° au nombre de professionnels des soins de santé qui doivent être disponibles dans le cadre de la permanence ;
2° aux périodes au cours desquelles la permanence doit être garantie ;
3° au nombre minimal d'habitants pour lequel la permanence doit être organisée ;
4° au mode de publication de la permanence ;
5° à l'enregistrement des appels pendant la période de permanence médicale. »

L'article 23 de la loi du 22 avril 2019 énonce quant à lui ce qui suit concernant les coopérations fonctionnelles de médecins généralistes :

« Pour pouvoir être agréées, les coopérations fonctionnelles visées à l'article 21, alinéa 2, introduisent une demande motivée qui démontre la nécessité d'organiser la permanence médicale dans la zone concernée.
La demande visée à l'alinéa 1^{er} montre également comment il est satisfait dans la zone aux besoins en permanence médicale, en signalant le ou les endroits où la permanence médicale sera assurée.
La demande visée à l'alinéa 1^{er} consiste en un rapport décrivant la situation actuelle au sein de la zone concernée ainsi qu'en un plan pluriannuel précisant les actions à mener pour répondre au besoin.
Le Roi fixe les modalités en matière d'octroi de l'agrément.
Les conditions et la procédure d'obtention de l'agrément ainsi que les modalités de motivation peuvent être fixées par le Roi. »

L'exposé des motifs de la loi précise que le législateur fédéral se fonde sur sa compétence résiduelle en matière de réglementation de l'art de guérir pour adopter cette loi, qui vise à assurer la qualité des soins de santé (Doc. Parl., Ch. Repr., Sess. 2018-2019, n° 3441/001, p. 8).

4. Sur la base des articles 22 et 23, alinéas 3 et 4, de la loi du 22 avril 2019, le Roi a adopté un arrêté royal « relatif à la permanence médicale par les médecins généralistes et à l'agrément des coopérations fonctionnelles ».

Il s'agit de l'acte attaqué.

IV. Recevabilité - Intérêt à agir

IV.1. Thèses des parties

A. Requête en annulation

La requérante estime avoir intérêt au recours. Elle rappelle son objet social, qu'elle estime suffisamment spécifique pour le distinguer de l'intérêt général.

Elle estime que les intérêts professionnels des médecins généralistes sont directement lésés par l'acte attaqué, puisqu'ils seront tenus de participer à la permanence médicale organisée par la coopération fonctionnelle à dater du 1^{er} juillet 2021.

Selon elle, les médecins généralistes devront s'unir dans une nouvelle association sans but lucratif afin de pouvoir accomplir les tâches de coopération fonctionnelle dans la mesure où les cercles de médecins généralistes ne répondent pas aux nouveaux critères pour être agréés, à savoir, notamment, que la coopération doit couvrir une zone géographique de minimum 300.000 habitants et comprendre un

minimum de 3 postes de garde ou, moyennant dérogation, 225.000 habitants et minimum de 2 postes de garde.

Elle ajoute que dès lors que la zone géographique minimale prévue par l'acte attaqué est plus importante que les zones actuelles des permanences médicales, cela aura un impact négatif sur les déplacements des médecins généralistes et des patients.

Elle estime par ailleurs que l'article 2, 2°, de l'acte attaqué, ne fixe qu'une exigence minimale s'agissant des moments lors desquels la permanence médicale doit être accessible et que les coopérations fonctionnelles pourront choisir d'organiser une permanence médicale en dehors des heures normales de travail, tout au long de la semaine. Selon elle, les distances plus importantes qui seront parcourues par les médecins auront un impact négatif sur la tenue de leur propre cabinet.

B. Mémoire en réponse

La partie adverse conteste l'intérêt à agir de la requérante. Elle rappelle que l'intérêt invoqué par une association doit être un intérêt collectif, distinct des intérêts individuels de ses membres. Tel ne serait pas le cas de l'intérêt invoqué par la partie requérante.

Elle avance qu'il n'est pas certain que tous les médecins généralistes et les patients devront parcourir de plus longues distances pour atteindre un poste de garde. Prenant pour exemples plusieurs autres cercles de médecins généralistes, elle précise que dans les grandes villes, plusieurs postes de garde devront être organisés sur une zone géographique plus petite. Elle rappelle aussi que l'acte attaqué prévoit que chaque zone doit couvrir au minimum 300.000 habitants et comprendre, au minimum, 3 postes de garde (sauf dérogation) et que le nombre de postes de garde doit être fixé en fonction, entre autres, de la densité de la population et du temps d'arrivée.

Elle ajoute que la possibilité pour les coopérations d'organiser une permanence médicale pendant la semaine en dehors des heures normales de travail ne découle pas de l'acte attaqué, que certains cercles de médecins généralistes assurent déjà une permanence médicale le soir en semaine, et que l'organisation d'une garde mobile est un avantage pour les médecins généralistes et les patients dans la mesure où elle permet de traiter un plus grand nombre de patients et d'assurer une permanence au domicile de ceux-ci.

Enfin, elle affirme qu'une association qui défend les intérêts de ses membres en introduisant un recours en annulation d'un acte réglementaire qui profite à certains de ses membres mais impacte négativement d'autres membres met en avant des intérêts contradictoires.

C. Mémoire en réplique

Dans son mémoire en réplique, la requérante indique que l'acte attaqué impose une permanence distincte de celle qui existe déjà via les cercles de médecins généralistes, et en prévoit les conditions minimales ainsi que les conditions pour obtenir l'agrément en tant que coopération fonctionnelle. De ce fait, l'acte attaqué affecte son objet social.

La requérante ajoute que son cercle comprend 47 membres actifs, c'est-à-dire de moins de 65 ans, pour un territoire de 1.186 km² et 67.228 habitants. Elle indique que ce territoire, caractérisé par des distances importantes à parcourir, n'est pas comparable à celui d'autres cercles, notamment ceux qui incluent de grands centres urbains.

Elle précise que pour répondre à l'exigence minimale dérogatoire de 250.000 habitants, il faudra ajouter potentiellement 114 permanences supplémentaires à celles effectuées actuellement par les médecins généralistes de la requérante, ce qui témoigne du caractère non-hypothétique de son intérêt au recours.

Elle rappelle à cet égard la jurisprudence du Conseil d'État concernant l'intérêt à agir à l'égard des actes réglementaires.

Elle détaille ensuite ce qu'impliquerait concrètement une augmentation de son territoire d'activité pour répondre aux conditions de l'acte attaqué, et affirme qu'une telle augmentation affecterait négativement les intérêts professionnels de ses membres, en augmentant le nombre de gardes et les distances à parcourir.

D. Dernier mémoire de la partie adverse

Dans son dernier mémoire, la partie adverse maintient sa contestation de l'intérêt au recours et elle renvoie à l'exposé contenu dans son mémoire en réponse.

IV.2. Appréciation du Conseil d'État

Conformément à l'article 19, alinéa 1^{er}, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, un recours en annulation au sens de l'article 14, § 1^{er}, de ces lois peut être porté devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État par toute partie justifiant d'une lésion ou d'un intérêt. Une partie requérante dispose de cet intérêt requis en droit si deux conditions sont remplies : tout d'abord, l'acte administratif attaqué doit lui causer un préjudice personnel, direct, certain, actuel et léser un intérêt légitime ; ensuite, l'annulation de cet acte qui interviendra éventuellement doit lui procurer un avantage direct et personnel, si minime soit-il.

Les associations sans but lucratif peuvent agir devant le Conseil d'État lorsqu'elles satisfont aux conditions exigées de toutes les autres personnes physiques ou morales, à savoir justifier d'un intérêt direct, personnel et légitime.

Une association dispose d'un intérêt à l'annulation d'un acte administratif lorsqu'elle se prévaut, pour agir, d'une atteinte portée par l'acte attaqué soit à son existence, son objet social, ses biens patrimoniaux ou ses droits moraux, soit aux intérêts collectifs spécifiques, distincts de l'intérêt général, qu'elle poursuit de manière durable en raison de son objet social. La lésion de l'intérêt collectif peut être alléguée lorsque le préjudice dépasse le cercle des intérêts individuels de l'un ou de l'autre membre de l'association, sans qu'il soit requis que ce préjudice se vérifie dans le chef de tous les membres indistinctement.

Par ailleurs, l'intérêt à attaquer une norme réglementaire devant le Conseil d'État est apprécié de manière plus large que lorsqu'il s'agit d'actes individuels. Les actes réglementaires sont en effet susceptibles d'être attaqués par toutes les personnes auxquelles ils ont vocation à s'appliquer, et par celles qui, sans y être à proprement parler soumises, en subissent directement les effets. Lorsque l'acte attaqué est de nature réglementaire, il ne doit pas nécessairement causer préjudice à l'ensemble des membres d'une association requérante, mais il suffit qu'il lèse certains d'entre eux.

En l'espèce, selon l'article 2 de ses statuts, la requérante a pour objet social « l'organisation de la garde et des missions attribuées au cercle selon la législation en vigueur », et elle doit en outre veiller « à la protection, au développement et à l'étude des intérêts professionnels, à l'épanouissement des sentiments de solidarité entre ses membres, ainsi qu'à l'organisation d'un enseignement postuniversitaire et de soins à domicile ».

Au-delà de l'objet social ainsi fixé par ses statuts, la raison d'être de la requérante est d'être agréée, depuis le 28 février 2007, en tant que cercle de médecins généralistes, au sens de l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 8 juillet 2002 fixant les missions confiées aux cercles de médecins généralistes. Les missions et objectifs de la requérante sont donc aussi et surtout ceux fixés par cet arrêté royal, relevant depuis la sixième réforme de l'État de la compétence des communautés, en particulier les articles 3 et 4, rédigés comme suit :

« Section I. - Représentation.

Art. 3. Le cercle de médecins généralistes agit en tant que représentant de la zone de médecins généralistes et est le point local de contact pour les médecins généralistes et pour la politique locale en vue de la mise en œuvre d'une politique de santé locale.

À cet effet :

- 1° le cercle peut prendre des initiatives destinées à promouvoir les soins de santé de première ligne en général et le travail des médecins généralistes en particulier ;
- 2° le cercle de médecins généralistes prend des initiatives en vue d'optimiser une collaboration multidisciplinaire entre les prestataires de soins de première ligne ;
- 3° le cercle de médecins généralistes essaie de conclure des accords de coopération avec l'hôpital (ou les hôpitaux), en vue de garantir la continuité des soins au patient ;
- 4° le cercle de médecins généralistes optimise l'accessibilité à la médecine générale pour tous les patients de la zone de médecins généralistes.

Section II. - Organisation du service de garde de médecins généralistes.

Art. 4. Le cercle de médecins généralistes organise le service de garde de médecins généralistes dans toute la zone de médecins généralistes. Ce service peut comprendre plusieurs unités qui, ensemble, ne forment qu'un service de garde de médecins généralistes pour l'ensemble de la zone de médecins généralistes ».

Il ressort par ailleurs de l'article 3 des statuts de la requérante que le territoire couvert par cette association se limite aux communes de Beaumont, Cerfontaine, Chimay, Couvin, Doische, Froidchapelle, Momignies, Philippeville, Sivry-Rance et Viroinval. Ces communes correspondent à celles reprises dans son agrément et constituent donc sa « zone de médecins généralistes », telle que définie par l'arrêté royal du 8 juillet 2002 précité.

Dans son mémoire en réplique, la requérante précise, sans être contredite par la partie adverse, que ce territoire contient une population de 67.228 habitants, nettement inférieure à la population minimale de 300.000 personnes qui doit être reprise dans la « zone géographique continue » de la « coopération fonctionnelle de médecins généralistes » imposée par l'acte attaqué. Elle précise également disposer d'un poste de garde et d'une permanence mobile.

C'est dans ce contexte que la requérante affirme qu'en raison de l'acte

attaqué, les médecins généralistes devront « s'unir dans une nouvelle association sans but lucratif afin de pouvoir accomplir les tâches de coopération fonctionnelle au sens de l'article 21 de la loi sur la qualité » et que « compte tenu de la zone géographique à couvrir par la coopération fonctionnelle [...], un cercle de médecins généralistes ne répondra pas aux critères fixés dans l'acte attaqué pour être agréé en tant que coopération fonctionnelle au sens de l'article 21 de la loi sur la qualité ».

La partie adverse ne contredit pas cette affirmation.

Compte tenu des changements importants qu'implique l'acte attaqué dans la réglementation de la permanence des soins de médecine générale, et donc des gardes, et compte tenu de la population minimale qui doit être couverte par la nouvelle « coopération fonctionnelle », l'association requérante devra, si elle souhaite être agréée en tant que telle, au minimum modifier ses statuts (notamment pour couvrir des communes contenant une population suffisante) et son organisation (pour accueillir de nouveaux membres et organiser des gardes conformes à l'acte attaqué).

Si elle ne cherche pas à obtenir un tel agrément, la requérante devra éventuellement s'associer en « coopération fonctionnelle » avec d'autres cercles de médecins généralistes ou risquer de perdre tout ou partie de sa raison d'être. À ce dernier égard, il faut relever que l'acte attaqué contraint les « coopérations fonctionnelles de médecins généralistes » à disposer de postes de garde et d'une permanence mobile. À défaut de devenir elle-même une coopération fonctionnelle, la requérante, qui dispose d'un poste de garde et d'une permanence mobile en tant que cercle de médecins généralistes, va vraisemblablement devoir en transférer ou en abandonner la responsabilité à une autre personne morale.

La requérante est donc susceptible d'être personnellement affectée par l'acte réglementaire qu'elle entend contester.

Il ne fait par ailleurs aucun doute que l'acte attaqué affecte l'organisation de la garde médicale et des missions attribuées à l'ensemble des cercles des médecins généralistes, dont fait partie la requérante. Son objet social, de même que les missions qui lui sont confiées par l'arrêté royal du 8 juillet 2002, sont donc également affectés.

La requérante dispose dès lors bien d'un intérêt à agir.

V. Cinquième moyen

V.1. Thèses des parties

A. Requête en annulation

La requérante soulève un cinquième moyen pris de la violation des articles 33, 37, 88, 101 et 106 de la Constitution, de l'article 73 de la loi spéciale de réformes institutionnelles du 8 août 1980 et du principe général de la compétence limitée d'un gouvernement démissionnaire aux seules affaires courantes.

Elle rappelle que le gouvernement fédéral a présenté sa démission au Roi le 21 décembre 2018, de sorte que la partie adverse n'était pas compétente, le 10 septembre 2020, pour adopter l'acte attaqué dans la mesure où, lors de son adoption, le Gouvernement était en affaires courantes et que l'acte attaqué ne relève d'aucune des catégories d'« affaires courantes ».

B. Mémoire en réponse

La partie adverse estime que l'acte attaqué ressortit de la catégorie des affaires courantes constituant la poursuite normale d'une procédure régulièrement engagée avant la dissolution ou la démission du gouvernement. Elle considère que les trois conditions pour qu'une affaire soit qualifiée comme telle sont bien réunies.

En premier lieu, elle explique que la procédure d'adoption de l'acte attaqué a été engagée bien avant la démission du gouvernement.

Elle indique qu'une note conceptuelle « nouvelle politique concernant les postes de garde de médecine générale » a été adoptée par la Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales dès le 15 décembre 2017. Cette note indiquait déjà que le cadre de coopération pour les services de garde devrait être exercé sur un groupe de population d'au minimum 300.000 personnes. Une « plateforme d'accompagnement », rassemblant des représentants des mutualités, des médecins généralistes, de la médico-mut et du conseil national des secours médicaux d'urgence a par ailleurs été instituée le 2 février 2018 afin de consulter les différents secteurs concernés.

Elle souligne que la première réunion de cette plateforme s'est déroulée le 16 mars 2018, donnant lieu à un procès-verbal qui fait état d'un projet d'arrêté royal et

qui mentionne ce qui suit :

« Une fois la loi entrée en vigueur, on pourra l'exécuter. On a déjà élaboré un projet d'AR qui reprend le même cadre que la loi. Il y a tout d'abord un AR fixant les critères minimaux pour la permanence médicale :

- il faut un nombre suffisant de médecins afin d'assurer une bonne accessibilité ;
- déterminer les périodes au cours desquelles la permanence est garantie (accessibilité chaque weekend dès 19h le vendredi à 8h le lundi et les jours fériés depuis la veille à 19h jusqu'au lendemain à 8h) ;
- déterminer les caractéristiques des zones où la garde est organisée ;
- déterminer le mode de publication de la permanence (1733) ;
- déterminer l'enregistrement des appels (enregistrement 1733, participation à l'enregistrement imposé par l'autorité, un avoir un RDV dans les 12h au PGMG ou garde mobile).

Ensuite, il faut fixer les critères minima[ux] des partenariats fonctionnels :

- ASBL ;
- zone géographique d'au minimum 300 000 habitants (en continu) ;
- minimum 3 postes de garde par partenariat, dont au moins 1 PG ouvert la nuit ;
- minimum 1 garde mobile par partenariat ;
- intégration au 1733 ;
- le partenariat fonctionnel concerné démontre la nécessité d'organiser la permanence médicale dans la zone visée et montre comment les besoins en permanence médicale sont gérés (en signalant les endroits où la permanence médicale sera assurée).

Pour terminer, il faut également évoquer l'agrément des partenariats fonctionnels. Celui-ci est accordé par la ministre de la Santé publique, sur avis du SPF.

La demande consiste en un rapport décrivant la situation actuelle au sein de la Zone concernée ainsi qu'en un plan pluriannuel précisant les actions à mener pour répondre aux besoins. Cette demande est accompagnée des justificatifs nécessaires à la vérification des critères. [...] »

Elle en déduit que « le processus d'élaboration de l'acte attaqué a donc bel et bien été entamé largement avant le début de la période d'affaires courantes ».

En second lieu, la partie adverse affirme que la procédure d'adoption de l'acte attaqué a été poursuivie sans précipitation à la suite de la démission du gouvernement. Elle souligne à cet égard que l'acte attaqué a été adopté le 10 septembre 2020 après l'adoption de la loi dont il constitue l'exécution. L'entrée en vigueur de l'acte attaqué a par ailleurs été fixée au 1^{er} juillet 2021, « ce qui permettait de laisser le temps aux professionnels des soins de santé concernés de prendre connaissance des nouvelles exigences légales et réglementaires et, le cas échéant, prendre les initiatives nécessaires pour mettre leurs pratiques en conformité avec celles-ci ».

En troisième lieu, la partie adverse affirme que l'acte attaqué ne contient pas

un choix politique majeur ou nouveau. Selon elle, le rapport précité de la première réunion de la plateforme d'accompagnement démontre que « les choix politiques contenus dans l'arrêté attaqué ont été posés avant le début de la période d'affaires courantes ». Elle souligne que ce rapport contient déjà les critères minimaux pour la permanence médicale, repris à l'article 2 de l'arrêté attaqué, de même que les critères minimaux des partenariats fonctionnels, repris à l'article 3 de l'acte attaqué.

Elle en conclut que l'acte attaqué pouvait bien être adopté en période d'affaires courantes.

C. Mémoire en réplique

Dans son mémoire en réplique, la requérante rappelle que le projet de loi relative à la pratique de la qualité des soins de santé a été déposé à la chambre des représentants le jour même de la démission du gouvernement, le 21 décembre 2018. Elle souligne que la loi, adoptée le 22 avril 2019, a aussi été adoptée alors que le gouvernement était démissionnaire, qu'elle a abrogé de nombreuses dispositions de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé et qu'elle a mis en place un nouveau cadre relatif à la qualité de la pratique de ces soins.

Elle soutient que l'élaboration d'un arrêté d'exécution ne peut s'envisager qu'après l'adoption du texte qui en constitue le fondement. Selon elle, l'élaboration d'un arrêté d'exécution ne s'engage qu'une fois adoptée la loi d'habilitation.

Elle souligne que les mentions du procès-verbal de la réunion du 16 mars 2018 sont antérieures à l'avis de la section de législation sur le projet de loi précité, avis qui contient plusieurs observations sur les habilitations accordées au Roi, et sur le nécessaire du respect du principe de la loyauté fédérale lors de la mise en œuvre de ces habilitations.

En ce qui concerne la troisième condition, la requérante estime, contrairement à la partie adverse, que l'acte attaqué présente « un choix politique majeur ou nouveau » en ce qu'il modifie profondément l'organisation de la permanence médicale des médecins généralistes.

D. Dernier mémoire de la partie adverse

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

« 28. La partie adverse ne peut souscrire au raisonnement de Monsieur l’Auditeur adjoint et ce, pour deux raisons.

29. Premièrement, comme rappelé à l’occasion du mémoire en réponse, l’adoption de l’acte attaqué relève des affaires constituant la continuation ou la suite normale d’une procédure engagée avant la démission du Gouvernement ou la dissolution du Parlement.

Selon la jurisprudence récente de Votre Conseil :

“Une affaire dont l’importance dépasse celle des affaires de gestion journalière et qui n’est pas urgente peut ainsi être finalisée par le gouvernement ou l’un de ses membres, malgré la dissolution du parlement ou la démission du gouvernement, si la procédure qui a donné lieu à la décision concernée a été engagée bien avant la période critique, si elle a ensuite été réglée sans précipitation et si les questions politiques, qui ont pu se poser sur le plan administratif, ont été résolues avant cette période critique. Ne relèvent, en revanche, pas de cette deuxième catégorie, les affaires dont le traitement donne lieu à des choix politiques importants, c’est-à-dire des affaires qui impliquent des options dont l’importance sur le plan de la politique générale est par essence telle que ces affaires ne pourraient être décidées que par un gouvernement qui a l’appui du parlement et qui risque de perdre cet appui en raison de la décision qu’il a prise [C.E., 10 février 2022, n° 252.948”.

30. Contrairement à ce que soutient Monsieur l’Auditeur adjoint, il n’est pas requis de démontrer que les choix politiques posés dans l’acte attaqué aient été expressément adoptés par le Gouvernement.

Votre Conseil a d’ailleurs dit pour droit, dans le cadre d’un recours à l’encontre d’un arrêté royal adopté en période d’affaires courantes, ce qui suit :

“Il résulte de l’échange de courriers électroniques interne à l’administration relatif à l’élaboration de l’arrêté royal attaqué que, dès le mois de novembre 2011, le contenu a été discuté alors que le gouvernement n’était pas en période d’affaires courantes. Il ressort du dossier administratif que l’avant-projet d’arrêté royal a été soumis à l’inspecteur des Finances, qui a donné son avis le 15 décembre 2011, et que le ministre du Budget a marqué son accord sur ce texte le 21 juin 2013, soit à un moment où le gouvernement était toujours soumis au contrôle parlementaire et disposait de ses pleins pouvoirs
[...]

Au vu de l’ensemble de ces éléments, il convient de considérer que l’acte attaqué a été adopté par une autorité compétente. Le premier moyen n’est pas fondé [C.E., 28 avril 2016, n° 234.577, La Fondation pour d’utilité publique ‘Comité belge pour l’UNICEF’ et consorts]”.

Il ressort également de l’arrêt n° 252.948 du 10 février 2022 de Votre Conseil qu’il n’est pas exigé que la partie adverse rapporte la preuve de l’approbation expresse du Gouvernement à un moment antérieur à la démission du Gouvernement.

En l’espèce, il ressort manifestement des procès-verbaux des réunions du 16 mars 2018 (pièce 6) et du 28 juin 2018 (pièce 11) de la plateforme d’accompagnement que les questions politiques avaient été résolues avant que le Gouvernement n’ait démissionné.

La partie adverse renvoie à son mémoire en réponse sur ce point.

31. Si par l’impossible Votre Conseil devait considérer qu’une telle preuve devait être rapportée, *quod non*, les questions politiques ont bien été résolues avant la

période critique, tel que cela ressort des pièces du dossier administratif.

D’abord, l’objectif de réformer les services de gardes médicales a été fixé dans l’accord de Gouvernement en 2014. Ainsi, il a été d’emblée convenu entre les partenaires de la majorité que “la réforme des services de garde médicale sera poursuivie et étendue, entre autres en collaboration avec les cercles de médecins généralistes” et que “l’organisation et le fonctionnement des postes de garde de médecins généralistes seront évalués et optimisés” (pièce 9, p. 77).

Ensuite, une note conceptuelle intitulée ‘Nouvelle politique concernant les postes de garde de médecine générale’ a été adoptée par la Ministre de la Santé publique et des Affaires sociales dès le 15 décembre 2017 (pièce 5). Cette note indiquait déjà notamment que “le cadre réglementaire prévoira que les services de gardes doivent être exercés dans le cadre de coopération qui se concentrent sur un groupe de population d’au minimum 300.000 personnes” (pièce 5).

Enfin, les choix politiques contenus dans cette note conceptuelle ont été traduits dans l’accord national médico-mutualiste 2018-2019, publié au Moniteur belge le 13 février 2018 (pièce 10).

Il y est ainsi acté ce qui suit :

“Au cours du printemps 2018, après consultation de la CNMM et du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, un cadre légal sera créé, qui définira les conditions relatives à l’organisation d’un service de garde obligatoire des médecins généralistes. Il sera notamment prévu que le service de garde doit être organisé dans le cadre de structures de coopération qui s’adressent à un groupe démographique d’au moins 300.000 personnes. Les structures de coopération concernées seront agréées par le SPF Santé publique.

Les postes de garde de médecine générale constituent un élément essentiel de ces structures de coopération. L’objectif politique est de disposer de postes de garde de médecine générale sur l’ensemble du territoire au cours des quatre prochaines années.

Chaque poste de garde fonctionnera dans une structure de coopération comportant au moins trois postes de garde. Un numéro d’appel unique (1733) traitera les appels pour le service de garde. Cela signifie donc que l’accès téléphonique au poste de garde se fera via le 1733.

Afin d’assurer un déploiement coordonné des structures de coopération et des postes de garde et d’assurer le numéro 1733, le SPF Santé publique et l’INAMI créeront une cellule inter-administrative. Une plate-forme d’accompagnement sera également prévue avec la participation des représentants du terrain” [...].

Cet accord médico-mutualiste a fait l’objet de l’approbation politique de la majorité lors du Conseil des Ministres du 2 février 2018 (pièce 10).

Il s’ensuit que les choix politiques essentiels contenus dans l’acte attaqué ont fait l’objet de l’approbation de l’ensemble du Gouvernement avant le 21 décembre 2018, date de la démission du Gouvernement. Dès lors, l’acte attaqué ne fait que traduire les choix politiques déjà actés préalablement à la démission du Gouvernement.

Par ailleurs, le contenu de cet accord politique a fait l’objet de consultations du secteur par l’intermédiaire de la plateforme d’accompagnement. Les procès-verbaux des réunions du 16 mars 2018 (pièce 6) et du 28 juin 2018 (pièce 11) démontrent la poursuite de l’élaboration de l’acte attaqué sur base des principes

essentiels qui forment l'objet de l'accord médico-mutualiste.

Eu égard à ce qui précède, il doit être constaté que, contrairement à ce qu'estime le rapport, les questions politiques ont été résolues avant le 21 décembre 2018.

32. Deuxièmement, il convient de constater que ni la partie requérante, ni Monsieur l'Auditeur adjoint ne peuvent tirer argument du fait que 'toute la procédure d'adoption de l'acte attaqué est postérieure à la démission du Gouvernement' ”.

Ce raisonnement revient à dénaturer la condition selon laquelle la procédure doit déjà être entamée avant que le Gouvernement ne soit démissionnaire.

En effet, Votre Conseil a déjà jugé, à l'occasion d'un recours à l'encontre d'un arrêté royal adopté en période d'affaires courantes, qu' :

“En l'espèce, le dossier administratif démontre que les réflexions relatives à la formation des membres de la protection civile ont été entamées dans le cadre du groupe de travail 'delta' dès le 2 juin 2017. Ce groupe s'est réuni les 20 et 28 juin 2017, les 8 octobre et 17 octobre 2018, le 6 novembre 2018 et le 3 décembre 2018. Les résultats de ce groupe de travail ont été présentés le 17 décembre 2018. Le projet d'arrêté royal qui deviendra l'acte attaqué trouve donc incontestablement son origine à un moment antérieur à la démission du gouvernement, même si sa procédure d'élaboration au sens strict a été entamée après cette démission”. [...]

Dans le même sens, Votre Conseil a également jugé qu' :

“Une affaire dont l'importance dépasse celle des affaires de gestion journalière et qui n'est pas urgente peut néanmoins être finalisée par le gouvernement, malgré la dissolution du parlement ou la démission du gouvernement, si la procédure qui a donné lieu à l'arrêté concerné a été engagée bien avant la période critique, si elle a ensuite été réglée sans précipitation et si les questions politiques, qui ont pu se poser sur le plan administratif, ont été résolues avant cette période critique.

Tel est le cas de l'arrêté royal attaqué qui même si au moment où il a été pris, le gouvernement était en 'affaires courantes' à la suite de sa démission, son adoption n'a fait l'objet d'aucune précipitation particulière et est le fruit d'une procédure entamée bien avant que le gouvernement fût placé en période d'affaires courantes. Une très grande partie du travail d'élaboration de l'arrêté royal attaqué remonte en effet à un moment où le gouvernement était toujours soumis au contrôle parlementaire et disposait de ses pleins pouvoirs. Il peut dès lors être regardé comme le résultat final d'une opération qui a été entamée, conclue et réglée normalement et non comme la suite surprenante d'une opération rapidement mise sur pied par un ministre qui, n'étant plus responsable politiquement, aurait agi en dehors des conditions constitutionnelles normales” [...].

33. Or, en l'espèce, la procédure d'élaboration de l'acte attaqué a débuté bien avant la démission du gouvernement et les choix politiques y afférant ont été posés alors que le Gouvernement était encore responsable devant la Chambre des Représentants [...].

Il en résulte indubitablement que l'adoption de l'acte attaqué n'est que la concrétisation de l'élaboration de l'arrêté, élaboration qui a été entamée dès le 15 décembre 2017 [...] et s'est poursuivie ensuite sans précipitation.

Il ressort d'ailleurs clairement des procès-verbaux des réunions de la plateforme d'accompagnement que, bien avant la période d'affaires courantes, l'élaboration de l'acte attaqué était déjà bien avancé.

En ce sens, le procès-verbal de la réunion du 16 mars 2018 mentionne que :

“ Une fois la loi entrée en vigueur, on pourra l’exécuter. On a déjà élaboré un projet d’AR qui reprend le même cadre que la loi. Il y a tout d’abord un AR fixant les critères minimaux pour la permanence médicale” [...].

En outre, le procès-verbal de la réunion du 28 juin 2018 rapporte que :

“Comme signalé lors de la précédente réunion, le projet d’arrêté royal a été finalisé mais il faut attendre la publication de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé” [...].

34. Il doit ainsi être constaté que l’élaboration de l’acte attaqué a débuté bien avant la démission du Gouvernement, le 21 décembre 2018.

35. Par ailleurs, comme cela a été rappelé dans le mémoire en réponse, cette procédure a été menée sans précipitation.

36. Par conséquent, l’adoption de l’acte attaqué constitue la suite normale d’une procédure engagée avant la démission du Gouvernement et pouvait donc être adopté en période d’affaires courantes.

Il s’ensuit que les dispositions et principes visés au moyen ne sont pas violés et que le moyen doit être considéré comme non-fondé ».

V.2. Appréciation du Conseil d’État

Le gouvernement fédéral, lorsqu’il a présenté sa démission au Roi le 21 décembre 2018, est entré en période d’affaires courantes.

La règle qui limite les compétences du gouvernement fédéral durant cette période n’est inscrite comme telle dans aucune disposition de la Constitution ni dans aucune disposition légale, mais constitue une coutume constitutionnelle liée au principe de la continuité du service public et au principe de la responsabilité ministérielle dans un système parlementaire. Dès lors que cette règle concerne la compétence du gouvernement, elle est d’ordre public.

Dans une telle période, le gouvernement fédéral ne dispose plus de la plénitude de ses attributions et peut uniquement expédier les « affaires courantes ». Relèvent des affaires courantes, les affaires de gestion journalière, les affaires constituant la poursuite normale d’une procédure régulièrement engagée avant la dissolution du parlement ou la démission du gouvernement et les affaires urgentes.

La partie adverse affirme que l’arrêté attaqué relève de la deuxième catégorie d’affaires courantes, c’est-à-dire les affaires constituant la continuation ou la suite normale d’une procédure engagée avant la démission du Gouvernement ou la

dissolution de l'assemblée parlementaire.

Cette catégorie d'affaires ne peut relever des affaires courantes que si la procédure d'élaboration répond à des conditions bien précises. Une affaire dont l'importance dépasse celle de la gestion journalière et qui n'est pas urgente peut ainsi être finalisée par le gouvernement ou l'un de ses membres, malgré la dissolution du parlement ou la démission du gouvernement, si la procédure qui a donné lieu à la décision concernée a été engagée bien avant la période critique, si elle a ensuite été réglée sans précipitation et si les questions politiques, qui ont pu se poser sur le plan administratif, ont été résolues avant cette période critique. Ne relèvent, en revanche, pas de cette catégorie, les affaires dont le traitement donne lieu à des choix politiques importants, c'est-à-dire des affaires qui impliquent des options dont l'importance sur le plan de la politique générale est par essence telle que ces affaires ne pourraient être décidées que par un gouvernement qui a l'appui du parlement et qui risque de perdre cet appui en raison de la décision qu'il a prise.

L'article 2 de l'acte attaqué comporte les règles suivantes au sujet de la « permanence médicale », imposée par la loi du 22 avril 2019 :

- « Art. 2. La permanence médicale satisfait aux conditions minimales suivantes :
- 1° la permanence médicale est assurée par un nombre suffisant de médecins généralistes. Le nombre de médecins généralistes est fixé par la coopération en fonction d'un besoin de soins normal et attendu. Pour déterminer ce besoin de soins, il est tenu compte des cas pour lesquels la population fait appel à la permanence médicale et de ce qu'il faut entendre par soins de première ligne non planifiables sur la base des protocoles pour la permanence médicale, validés par le ministre ;
 - 2° la permanence médicale est au minimum accessible chaque week-end du vendredi soir à partir de 18 heures jusqu'au lundi matin qui suit à 8 heures, et les jours fériés légaux de la veille au soir à partir de 18 heures jusqu'au lendemain matin qui suit le jour férié à 8 heures ;
 - 3° les modalités de la permanence médicale, comme les heures d'ouverture, l'endroit et le numéro d'appel, seront communiquées clairement à la population ».

L'article 3 de l'acte attaqué comporte par ailleurs les conditions suivantes pour l'agrément des « coopérations fonctionnelles de médecins généralistes » visées par l'article 21, alinéa 2, de la loi du 22 avril 2019 :

- « Art. 3. En vue d'être agréée et de le rester, une coopération telle que visée à l'article 21, alinéa 2, de la loi du 22 avril 2019, remplit les conditions suivantes :
- 1° organiser la permanence médicale conformément aux conditions fixées dans l'article 2 ;
 - 2° la coopération prend la forme d'une association sans but lucratif ;
 - 3° la coopération se compose uniquement de postes de garde, dont le nombre est fixé en fonction, entre autres, de la densité de la population et du temps d'arrivée ;
 - 4° la coopération couvre une zone géographique continue. Elle comprend au minimum trois postes de garde et au minimum 300.000 habitants. Si pour des

raisons de répartition géographique et/ou de densité de population il est impossible de respecter cette norme, il est possible d'y déroger moyennant une justification motivée qui fait partie du dossier de demande d'agrément. Cependant, la coopération comprend toujours au minimum 2 postes de garde et au minimum 225.000 habitants ;

5° la coopération dispose d'au moins un poste de garde accessible lors de la permanence médicale, comme visée dans l'article 2, 2° ;

6° la coopération garantit, dans la zone géographique visée à l'article 3, 4°, la mise en œuvre d'un service de garde mobile permettant d'effectuer des prestations dans le cadre de la permanence médicale au domicile des patients ;

7° la coopération communique au Service public fédéral Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement les données statistiques relatives à la permanence médicale. Le Ministre peut préciser les modalités y afférentes ;

8° conformément à l'article 64 de la loi du 22 avril 2019, la coopération s'affilie au système d'appel unifié visé à l'article 29 de la loi relative à l'exercice des professions des soins de santé, coordonnée le 10 mai 2015, dans le cas où ce système est opérationnel dans la zone où la coopération fonctionne ;

9° conformément à l'article 23 de la loi du 22 avril 2019, la coopération démontre la nécessité d'organiser la permanence médicale dans la zone visée et montre comment les besoins en matière de permanence médicale sont rencontrés dans la zone visée, en signalant les endroits où la permanence médicale sera assurée et en communiquant le nombre de population couverte ».

Enfin, l'article 4 de l'acte attaqué comporte « les conditions et la procédure d'obtention de l'agrément ainsi que les modalités de motivation », envisagées par l'article 23, alinéa 5, de la loi du 22 avril 2019 :

« Art. 4. § 1^{er}. La demande d'agrément est introduite auprès du ministre, par voie électronique, au moyen d'un formulaire établi par le ministre.

§ 2. La demande contient les pièces justificatives établissant qu'il est satisfait aux critères fixés à l'article 3 du présent arrêté.

La coopération détaille également l'articulation de la permanence médicale qu'elle organise, avec les autres intervenants dans le cadre des soins non-planifiables, tels que les services d'urgence locaux et, le cas échéant, les accords pris avec ceux-ci.

§ 3. Conformément à l'article 23 de la loi du 22 avril 2019, la demande est motivée en fonction, entre autres :

- de la situation actuelle et future au sein de la zone couverte par la coopération et dans les zones adjacentes, sur la base du nombre de médecins généralistes, du nombre d'habitants et de la densité de population ;
- un plan d'action pour faire face, le cas échéant, à la situation future ;
- de la répartition géographique des postes de garde en fonction du temps d'arrivée et de la densité de population ;
- d'une mention des communes qui sont desservies ;
- des besoins en matière de permanence médicale et des modalités pour y répondre ;
- un engagement d'affiliation au système d'appel unifié ;
- une description de la structure de gestion interne.

§ 4. Dès réception de la demande, l'administration envoie au demandeur un accusé de réception de sa demande d'agrément.

Les demandes incomplètes font l'objet d'une lettre de l'administration, adressée au demandeur, dans laquelle il lui est signalé que sa demande est incomplète et qui précise quel document est manquant ».

L'acte attaqué comporte, en particulier dans ses articles 3 et 4, des choix politiques quant aux conditions applicables aux coopérations fonctionnelles de médecins généralistes, désormais chargées par la loi d'assurer la permanence médicale. Ces choix sont importants en ce qu'ils ont une incidence, d'une part, sur la manière dont les communautés peuvent exercer leurs compétences normatives en matière d'organisation de la médecine de première ligne – en particulier les cercles de médecins généralistes - et, d'autre part, sur les modalités s'appliquant aux médecins généralistes dans le cadre de leurs obligations en matière de permanence médicale.

La partie adverse se fonde sur plusieurs documents pour affirmer que les choix politiques contenus dans l'acte attaqué ont été posés avant la démission du gouvernement.

Dans son mémoire en réponse, elle mentionne un audit « réalisé afin d'évaluer le modèle actuel de l'organisation et du fonctionnement des postes de gardes », une note conceptuelle intitulée « Nouvelle politique concernant les postes de garde de médecine générale », portant la date du 15 décembre 2017 et le procès-verbal du 16 mars 2018 de la plateforme d'accompagnement des postes de garde.

Dans son dernier mémoire, elle fait également état de l'accord de gouvernement conclu en 2014, de l'accord médico-mutualiste 2018-2019 et du procès-verbal de la réunion du 28 juin 2018 de la plateforme d'accompagnement des postes de garde.

Il convient d'examiner ces différents documents dans leur ordre chronologique aux fins de déterminer s'ils contiennent effectivement la démonstration de la résolution, avant la démission du gouvernement fédéral, des questions politiques qui ont pu se poser sur le plan administratif.

a. L'accord de gouvernement conclu en 2014

Dans son dernier mémoire, la partie adverse mentionne l'accord de gouvernement conclu au niveau fédéral en 2014.

Cet accord ne comportait toutefois que le passage suivant au sujet de la « garde médicale » :

« La réforme des services de garde médicale sera poursuivie et étendue, entre autres en collaboration avec les cercles de médecins généralistes.

L'organisation et le fonctionnement des postes de garde de médecins généralistes seront évalués et optimisés ».

L'accord de gouvernement, s'il comporte la claire volonté politique de réformer les « services de garde de la médecine générale », ne contient aucune option précise à ce sujet.

b. L'audit des postes de garde

La partie adverse invoque, dans son mémoire en réponse, le rapport final de l'« audit postes de garde de médecine générale ». Elle ne précise pas la date exacte de cet audit, mais il ressort du dossier qu'il a été rédigé avant la « note conceptuelle » par ailleurs déposée, et est à l'origine de ses orientations.

Cet audit réalisé notamment par l'INAMI contient des données chiffrées et statistiques relatives au fonctionnement des postes de garde de médecine générale existants, mais il ne contient aucune conclusion quant à l'utilité ou à la nécessité d'adopter les règles prévues par les articles 2 à 4 de l'arrêté attaqué, ni ne fixe aucune option sur le plan politique.

Ce document administratif est de nature à fonder les orientations d'une politique en matière de permanence médicale, mais il n'effectue – ni ne pourrait effectuer – aucun choix politique en la matière.

c. La note conceptuelle du 15 décembre 2017

Dans son mémoire en réponse, la partie adverse invoque un document uniquement rédigé en néerlandais intitulé, selon la traduction qu'en donne la partie adverse, « Note conceptuelle - Nouvelle politique concernant les postes de garde de médecine générale ».

Cet intitulé est suivi de la mention « ministre des affaires sociales et de la santé, 15/12/2017 ».

Ce document comprend la mention de certaines options ultérieurement reprises soit par la loi du 22 avril 2019, soit par l'acte attaqué. Notamment, il est fait état d'une volonté de généraliser à l'ensemble du territoire et de standardiser le système des postes de garde de médecins généralistes. Est également mentionné le concept de « coopération fonctionnelle », qui sera ultérieurement repris dans la loi puis dans l'acte attaqué, ainsi que l'imposition d'au moins un service de garde mobile

pour chaque coopération fonctionnelle.

Ce document ne peut toutefois être considéré comme marquant l'adoption, sur le plan politique, des choix contenus dans l'acte attaqué.

D'une part, s'il peut être présumé que cette note a été rédigée au sein de son cabinet ministériel, rien dans le dossier administratif ne permet de vérifier que cette note a bien été approuvée, à ce stade, par la ministre de la Santé publique.

D'autre part, les options contenues dans la note concernant les conditions d'agrément des coopérations fonctionnelles ne sont pas, quant à certaines questions importantes, celles reprises dans l'acte attaqué.

La note conceptuelle fait ainsi état de postes de garde qui devraient couvrir chacun une « aire de travail » d'au moins 100.000 personnes, exigence qui n'est pas reprise dans l'acte attaqué. Contrairement à l'acte attaqué, la nouvelle forme de coopération est, dans la note, envisagée comme étant un partenariat entre postes de garde de médecins généralistes, sans obligations quant à la forme dudit partenariat. Contrairement à l'acte attaqué, elle ne fait donc pas état de la nécessité de créer une ASBL spécifique. La note prévoit également l'existence d'un poste de garde par coopération fonctionnelle établi au sein même d'un hôpital. Cette option n'a pas été retenue par l'acte attaqué, qui se limite, dans son article 4, § 2, à exiger que la demande d'agrément introduite par la coopération « détaille également l'articulation de la permanence médicale qu'elle organise, avec les autres intervenants dans le cadre des soins non-planifiables, tels que les services d'urgence locaux et, le cas échéant, les accords pris avec ceux-ci ».

La note conceptuelle invoquée par la partie adverse ne permet donc pas de constater l'adoption, sur le plan politique, des options essentielles finalement reprises dans l'acte attaqué.

d. L'accord médico-mutualiste 2018-2019

La partie adverse fait état de l'accord national médico-mutualiste 2018-2019 du 19 décembre 2017, publié au *Moniteur belge* le 13 février 2018, ayant fait l'objet d'un accord en conseil des ministres le 2 février 2018.

Cet accord médico-mutualiste comporte le passage suivant, au titre des « autres mesures » :

« 4.1.2. Soins non programmables et financement des postes de garde de médecine générale et des honoraires liés aux gardes.

Au cours du printemps 2018, après consultation de la CNMM et du Conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes, un cadre légal sera créé, qui définira les conditions relatives à l'organisation d'un service de garde obligatoire des médecins généralistes. Il sera notamment prévu que le service de garde doit être organisé dans le cadre de structures de coopération qui s'adressent à un groupe démographique d'au moins 300.000 personnes. Les structures de coopération concernées seront agréées par le SPF Santé publique.

Les postes de garde de médecine générale constituent un élément essentiel de ces structures de coopération. L'objectif politique est de disposer de postes de garde de médecine générale sur l'ensemble du territoire au cours des quatre prochaines années. Chaque poste de garde fonctionnera dans une structure de coopération comportant au moins trois postes de garde. Un numéro d'appel unique (1733) traitera les appels pour le service de garde. Cela signifie donc que l'accès téléphonique au poste de garde se fera via le 1733.

Afin d'assurer un déploiement coordonné des structures de coopération et des postes de garde et d'assurer le numéro 1733, le SPF Santé publique et l'INAMI créeront une cellule inter-administrative. Une plate-forme d'accompagnement sera également prévue avec la participation des représentants du terrain.

Au sein de la cellule inter-administrative, il sera également examiné avec les *stakeholders* concernés de quelle manière et avec quels moyens financiers un cadre uniforme pour le financement de la garde de semaine peut être établi.

4.1.2.1. Financement et conditions de financement 2018 pour des initiatives existantes.

4.1.2.1.1. Les montants de financement des postes de garde existants en 2018 sont identiques à ceux de 2017 et seront intégrés dans un contrat couvrant la période du 1er janvier 2018 au 31 décembre 2018 inclus. Dans ce cadre, une clause d'indexation pour les charges salariales peut être prévue.

4.1.2.1.2. Les engagements suivants sont repris dans les contrats pour l'année 2018 :

4.1.2.1.2.1 Pour la période du 15 mars 2018 au 15 juin 2018, les postes de garde de médecine générale enregistrent leur activité (pendant les week-ends et la semaine, tant en journée qu'en soirée et la nuit), en utilisant le *template* fixé par la CNMM, et en communiquent les résultats au SPF Santé publique et à l'INAMI au plus tard le 30 juin 2018.

4.1.2.1.2.2. Les postes de garde de médecine générale ne proposent pas de nouveaux engagements au cours de l'année 2018 concernant leurs dépenses ultérieures au 31 décembre 2018, tant que la CNMM n'aura pris aucune autre décision en la matière.

4.1.2.1.2.3. Les postes de garde collaborent aux initiatives publiques visant l'organisation intégrée des soins non programmables, en particulier : l'implémentation de l'instrument 1733, le développement d'initiatives de collaboration entre les postes de garde et la concrétisation et la gestion des plans d'accords avec les services des urgences.

4.1.2.1.2.4. Début 2018, les postes de garde de médecine générale entament la

préparation du passage général à la facturation électronique des honoraires de garde, de sorte qu'elle puisse effectivement et sans sursis entrer en vigueur au cours de l'année 2019, ce qui permettra l'enregistrement du lieu et du moment des prestations de soins de garde.

4.1.2.2. Financement des initiatives existantes en 2019.

La CNMM prend connaissance de la communication de la ministre, qui annonce que le système 1733 sera entièrement implémenté pendant la durée de l'accord. Pour le 31 octobre 2018 au plus tard, la CNMM décidera de la structuration du financement d'initiatives existantes en 2019, compte tenu :

- de l'état d'avancement de l'exécution de la nouvelle réglementation sur le rôle, le fonctionnement et le financement des postes de garde dans le cadre des soins non programmables ;
- de l'opérationnalité fonctionnelle et gestionnelle des initiatives de collaboration visées au point 4.1.2.1.2.3.

4.1.2.3. Financement de nouvelles initiatives.

4.1.2.3.1. De nouvelles initiatives pourront être prises en ligne de compte dans les limites des ressources budgétaires disponibles, à condition qu'elles s'engagent à participer à une initiative de collaboration comme prévu au point 4.1.2.1.2.3. et à avoir une zone d'activité de minimum 100.000 habitants.

4.1.2.3.2. Les nouvelles initiatives basculeront dès le début dans le système 1733 et seront géographiquement et opérationnellement liées à un service d'urgence. Si un service d'urgence est géographiquement trop éloigné de la zone de médecins généralistes qui doit être couverte, ou s'il est constaté explicitement qu'il ne peut pas se rattacher à un poste de garde voisin, un nouveau poste de garde pourra être financé à condition qu'il soit relié opérationnellement à un poste de garde se trouvant à proximité d'un service d'urgence.

4.1.2.3.3. L'autorité pourvoira, sous la coordination de l'INAMI, au soutien professionnel nécessaire des initiatives de collaboration sur la base d'une approche uniforme.

4.1.2.4. Intégration de la politique des honoraires de disponibilité dans la politique globale sur les soins non programmables.

La CNMM présentera dans le courant des deuxième et troisième trimestres de 2018 des modifications dans le système des honoraires de disponibilité pour les médecins généralistes, compte tenu des informations visées au point 4.1.2.1.2.1., dans un premier temps en ce qui concerne la nuit noire (de 23h à 8h). ».

L'accord médico-mutualiste, qui est un accord entre les mutuelles et les médecins, ne concerne toutefois que le financement des prestations de soins de santé. Il n'a ni pour objet, ni pour effet, de fixer un cadre réglementaire applicable à la permanence des soins médicaux.

Les réformes envisagées, en l'occurrence la volonté que « le service de garde » soit « organisé dans le cadre de structures de coopération qui s'adressent à un groupe démographique d'au moins 300.000 personnes », qui feront l'objet d'un agrément, et qui comporteront au moins trois postes de garde, sont donc simplement

portées à la connaissance de la commission nationale médico-mutualiste (en abrégé CNMM).

L'accord se limite dès lors à faire état d'un futur « cadre légal » dont il est précisé qu'il sera créé au cours du printemps 2018 « après consultation de la CNMM et du conseil Supérieur des médecins spécialistes et des médecins généralistes ». Le dossier administratif déposé par la partie adverse ne comporte toutefois pas le résultat de ces consultations, si elles ont eu lieu.

Le fait que des consultations futures d'organes consultatifs soient évoquées tend à indiquer que des choix définitifs ne sont pas encore pris quant à la future réglementation. Les informations portées à la connaissance de la CNMM comportent du reste des différences notables par rapport au régime prévu par les articles 2 à 4 de l'acte attaqué. L'imposition de la forme d'ASBL aux « structures de coopération » n'est ainsi pas évoquée. L'accord médico-mutualiste n'envisage le financement de « nouvelles initiatives » en 2019 – c'est-à-dire de nouveaux postes de garde – que si, en prévision du cadre légal à venir, elles sont « géographiquement et opérationnellement liées à un service d'urgence » et si elles ont « une zone d'activité de minimum 100.000 habitants ». Ces deux options sont toutefois absentes de l'acte attaqué. L'accord ne fait par ailleurs pas état des conditions concrètes de la permanence médicale ni de la nécessité, pour les futures « structures de coopération », de mettre en œuvre une garde mobile.

L'accord national médico-mutualiste ne permet donc pas de constater l'adoption, par l'autorité politique, des options retenues par l'acte attaqué.

e. Les procès-verbaux de la plateforme d'accompagnement

La partie adverse fait aussi valoir, dans son mémoire en réponse, le procès-verbal du 16 mars 2018 de la première réunion de la « plateforme d'accompagnement des postes de gardes », en abrégé « PAPG », chargée d'étudier la réorganisation des postes de garde.

La partie adverse précise que cette plateforme d'accompagnement a été instituée le 2 février 2018, mais elle ne dépose pas au dossier administratif la décision à l'origine de ce groupe de travail et déterminant sa composition. Elle précise à cet égard qu'elle rassemble des représentants « des mutualités, du banc des médecins généralistes de la Médicomut et du Conseil national des secours médicaux d'urgence ».

Il ressort du procès-verbal de la réunion du 16 mars 2018 qu'en plus de ces représentants, participent aux travaux de cette plateforme 2 membres du cabinet ministériel, 4 agents de l'INAMI, 7 agents du service public fédéral et 2 « coordinateurs 1733 ».

La partie adverse souligne essentiellement le passage suivant du procès-verbal de cette réunion :

- « Une fois la loi entrée en vigueur, on pourra l'exécuter. On a déjà élaboré un projet d'AR qui reprend le même cadre que la loi. Il y a tout d'abord un AR fixant les critères minimaux pour la permanence médicale.
- il faut un nombre suffisant de médecins afin d'assurer une bonne accessibilité ;
 - déterminer les périodes au cours desquelles la permanence est garantie (accessibilité chaque weekend dès 19h le vendredi à 8h le lundi et les jours fériés depuis la veille à 19h jusqu'au lendemain à 8h) ;
 - déterminer les caractéristiques des zones où la garde est organisée ;
 - déterminer le mode de publication de la permanence (1733) ;
 - déterminer l'enregistrement des appels (enregistrement 1733, participation à l'enregistrement imposé par l'autorité, un avoir un RDV dans les 12h au PGMG ou garde mobile).

Ensuite, il faut fixer les critères minimaux des partenariats fonctionnels :

- ASBL ;
- zone géographique d'au minimum 300 000 habitants (en continu) ;
- minimum 3 postes de garde par partenariat, dont au moins 1 PG ouvert la nuit ;
- minimum 1 garde mobile par partenariat ;
- intégration au 1733 ;
- le partenariat fonctionnel concerné démontre la nécessité d'organiser la permanence médicale dans la zone visée et montre comment les besoins en permanence médicale sont gérés (en signalant les endroits où la permanence médicale sera assurée) ».

À l'occasion de son dernier mémoire, la partie adverse dépose aussi au dossier le procès-verbal de la réunion suivante de la PAPG, ayant eu lieu le 28 juin 2018. La partie adverse en souligne le passage suivant, attestant de l'existence d'un « projet d'arrêté royal » finalisé :

« 2. État des lieux AR sur les accords de collaboration

Comme signalé lors de la précédente réunion, le projet d'arrêté royal a été finalisé mais il faut attendre la publication de la loi relative à la qualité de la pratique des soins de santé ».

Comme l'indique la partie adverse, les informations contenues au sujet de l'arrêté royal en projet dans le procès-verbal de la réunion du 16 mars 2018 correspondent largement aux options finalement retenues dans l'acte attaqué.

Néanmoins, ce procès-verbal contient également les informations

suivantes quant au rôle exact de la PAPG, et quant au processus administratif en cours :

« 1. Méthode de travail de la plate-forme d'accompagnement

[P. F.], directeur général des soins de santé du SPF Santé publique, ouvre la séance. Le premier point à l'ordre du jour porte sur la mission de la plate-forme d'accompagnement des postes de garde (PAPG). La PAPG se chargera de rendre opérationnelles les directives de la ministre. À cet égard, la PAPG fonctionne comme une caisse de résonance qui doit fournir divers processus et concepts aux administrations.

La mission générale de la PAPG est d'accompagner la mise en œuvre des notes conceptuelles relatives à la garde et au numéro d'appel 1733 comme l'a décidé la ministre des Affaires sociales et de la Santé publique à la *Task Force* du 02/02/2018.

À cet égard, ses missions prioritaires sont les suivantes :

- rendre des avis sur les concepts définis par la CIA pour les arrêtés d'exécution ;
- rendre des avis sur l'enregistrement et l'interprétation des données concernant les services de garde de médecine générale que la CIA récolte ;
- effectuer le suivi des parties prenantes du projet 1733.

On signale que la composition suscite un certain nombre de réserves.

La cellule inter-administrative (CIA) est une structure de collaboration entre les administrations. La PAPG se charge de l'accompagnement de la CIA. La composition de la PAPG est la suivante :

- 3 représentants des mutualités ;
- 3 représentants du banc des médecins généralistes de la Médicomut ;
- 3 personnes du Conseil national des secours médicaux d'urgence (CNSMU) ».

Il ressort de cette explication que la PAPG est chargée de rendre des avis à la « cellule inter-administrative », en abrégé « CIA », qui est une « structure de collaboration entre les administrations ». Ses avis doivent notamment porter sur les « concepts définis par la CIA pour les arrêtés d'exécution ».

Il ne peut donc à ce stade être question de choix politique d'ores et déjà arrêté.

D'une part, ce passage tend à indiquer que les options portées à la connaissance de la PAPG au sujet de la permanence médicale et des coopérations fonctionnelles sont celles de la « cellule inter-administrative », et donc celles de l'administration.

Or, la réflexion menée à un niveau administratif sur l'élaboration d'un texte, et l'identification des options privilégiées à ce niveau, ne peuvent suffire à considérer que les questions politiques ont été résolues. De manière générale, l'existence d'un choix politique ne peut être constatée que lorsque l'autorité politique soumise au contrôle du parlement a, d'une manière ou d'une autre, elle-même clarifié sa position, par exemple en transmettant officiellement un arrêté en projet à une

autorité ou à un organe consultatif compétent pour l'examiner.

D'autre part, dans le cadre de ce processus de rédaction - toujours au stade de la préparation administrative d'une décision - la PAPG a été désignée pour rendre des avis, et donc pour orienter les réflexions en cours au sein de l'administration. Même si les options finalement retenues dans l'acte attaqué semblent ne plus avoir été fondamentalement modifiées, elles n'apparaissent pas encore décidées à ce stade, y compris par les administrations en charge du dossier.

Les procès-verbaux du 16 mars 2018 et du 28 juin 2018 de la plateforme d'accompagnement des postes de garde ne permettent donc pas de constater la résolution, avant la démission du gouvernement fédéral, des questions politiques qui ont pu se poser sur le plan administratif.

f. Conclusion

La partie adverse ne démontrant pas que les options contenues dans l'acte attaqué ont été adoptées sur le plan politique avant la démission du gouvernement, le cinquième moyen est fondé.

VI. Autres moyens

Les autres moyens, s'ils étaient fondés, ne pourraient mener à une annulation plus étendue. Il n'y a dès lors pas lieu de les examiner.

VII. Indemnité de procédure et autres dépens

La partie requérante sollicite une « indemnité de procédure de 700 euros ». Il y a lieu de faire droit à sa demande.

L'annulation de l'acte attaqué justifie également que les autres dépens soient mis à charge de la partie adverse.

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

Article 1^{er}.

L'arrêté royal du 10 septembre 2020 relatif à la permanence médicale par les médecins généralistes et à l'agrément des coopérations fonctionnelles, publié au Moniteur Belge du 25 septembre 2020, est annulé.

Article 2.

Le présent arrêt sera publié par extrait au Moniteur belge.

Article 3.

La partie adverse supporte les dépens, à savoir le droit de rôle de 200 euros, la contribution de 20 euros et l'indemnité de procédure de 700 euros accordée à la partie requérante.

Ainsi prononcé à Bruxelles le 8 mars 2024, par la VI^e chambre du Conseil d'État, composée de :

Imre Kovalovszky,
David De Roy,
Xavier Close,
Vincent Durieux,

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

Le Greffier,

Le Président,

Vincent Durieux

Imre Kovalovszky