

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF

VI^e CHAMBRE

A R R Ê T

n° 260.657 du 18 septembre 2024

A. 236.171/VI-22.331

En cause : **l'association sans but lucratif ASSOCIATION BELGE
DES SYNDICATS MÉDICAUX – BRUXELLES,**

ayant élu domicile chez
M^e Eric THIRY, avocat,
avenue Hippolyte Boulenger 49
1180 Bruxelles,

contre :

la Commission communautaire commune,
représentée par son collègue,
ayant élu domicile chez
M^{es} Pierre SLEGERS et
Margaux KERKHOF, avocats,
avenue Tedesco 7
1160 Bruxelles.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 17 avril 2022, l'ASBL Association Belge des Syndicats Médicaux - Bruxelles demande l'annulation « de l'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 27 janvier 2022 relatif au soutien des pratiques multidisciplinaires et des jeunes médecins du chef de violation des formes substantielles ou prescrites à peine de nullité, excès ou détournement de pouvoir ou illégalité ».

II. Procédure

Un arrêt n° 254.593 du 26 septembre 2022 (ECLI:BE:RVSCE:2022:ARR.254.593) a rejeté la demande de suspension de l'exécution de l'acte attaqué. Il a été notifié aux parties.

La partie requérante a demandé la poursuite de la procédure.

Le dossier administratif a été déposé.

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

M. Florian Dufour, auditeur adjoint au Conseil d'État, a rédigé un rapport sur la base de l'article 12 du règlement général de procédure.

Le rapport a été notifié aux parties.

Les parties ont déposé un dernier mémoire.

Par une ordonnance du 25 mars 2024, l'affaire a été fixée à l'audience du 24 avril 2024.

M^{me} Michèle Belmessieri, conseillère d'État, a exposé son rapport.

M^e Valentina Dalla Giovanna, *loco* M^{es} Eric Thiry et Jean-Marc Van Gyseghem, avocat, comparaisant pour la partie requérante, et M^e Margaux Kerkhofs, avocat, comparaisant pour la partie adverse, ont été entendues 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 du cadre légal et réglementaire

1. L'ordonnance de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune du 4 avril 2019 relative à la politique de première ligne social santé (qui s'intitulait ordonnance relative à la politique de première ligne de soins, avant sa modification par les décret et ordonnance conjoints de la Commission communautaire française et la Commission communautaire commune du 22 décembre 2023 relatifs à l'organisation de l'ambulatoire et de la première ligne social santé dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale) règle la première ligne des soins donnés aux personnes, y compris la première ligne des soins de santé.

Au moment de l'adoption de l'arrêté attaqué, l'article 14 de l'ordonnance du 4 avril 2019 précitée disposait comme il suit :

« Le Collège réuni arrête les règles relatives au subventionnement, aux conditions de subventionnement et à la procédure de demande et d'attribution du subside pour :

- 1° les acteurs individuels de la première ligne de soins visés à l'article 8, 1° ;
- 2° les acteurs de la première ligne qui sont agréés ;
- 3° les acteurs de la première ligne avec qui un contrat de gestion est conclu ;
- 4° les acteurs de la première ligne qui sont subsidiés dans le cadre d'un projet spécifique ».

La première ligne de soins était définie par l'ordonnance précitée comme il suit : « les acteurs qui offrent, favorisent ou soutiennent des soins généralistes qui répondent à la grande majorité des problèmes rencontrés par les personnes dans le domaine de la santé et du bien-être. Elle assure la continuité et la coordination de la prise en charge des personnes dans leur milieu de vie, en ce compris les situations complexes où une collaboration intense entre les prestataires est nécessaire. La première ligne de soins joue un rôle dans la prévention, le diagnostic, le soin, la revalidation et les soins palliatifs et continués. Elle adopte des méthodes de travail intégrées et centrées sur les personnes. Elle s'assure de rendre ses services accessibles à tous les publics » (article 2, 2°).

Les articles 3 et 4 de l'ordonnance précitée déterminaient, au moment de l'adoption de l'arrêté attaqué, les missions générales et spécifiques de la première ligne de soins.

2. Sur la base des articles 14 et 17, alinéa 4, de l'ordonnance précitée, le Collège réuni de la Commission communautaire commune a adopté l'arrêté du 27 janvier 2022 relatif au soutien des pratiques multidisciplinaires et des jeunes médecins.

Il s'agit de l'arrêté attaqué.

L'arrêté attaqué instaure un régime de subventions dans le but de soutenir les « pratiques multidisciplinaires » et les « jeunes médecins » dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale.

La « pratique multidisciplinaire » est définie par l'arrêté attaqué comme la « structure multidisciplinaire qui s'inscrit dans le rôle d'acteur de la première ligne de soins et comprenant au moins un médecin agréé comme titulaire du titre professionnel particulier de médecin généraliste et un professionnel de la santé, non médecin, disposant d'un agrément en vertu de la loi coordonnée du 10 mai 2015 relative à l'exercice des professions des soins de santé » (article 1^{er}, 1°). La notion de « jeune médecin », quant à elle, est définie comme le « médecin agréé comme titulaire du titre professionnel particulier de médecin généraliste qui, à la date d'installation, est agréé depuis un délai de maximum 5 ans » (article 1^{er}, 4°).

Le chapitre 2 de l'arrêté attaqué, intitulé « Aide à l'installation » organise le subventionnement des structures multidisciplinaires (articles 2, § 1^{er}, et 4) et des jeunes médecins (articles 2, § 2, et 5), dans le cadre de la décision 2012/21/UE de la Commission du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général (article 3). Ainsi, pour pouvoir prétendre à un financement, la structure multidisciplinaire et le jeune médecin doivent répondre à un certain nombre de conditions et de critères, qui sont fixés par les articles 4 et 5 de l'arrêté attaqué. Si la demande de subventionnement ne répond pas à ces conditions et critères, elle est irrecevable (article 6). Par ailleurs, sur la base des éléments communiqués, un classement des demandes de subventionnement est établi selon un ordre de priorité fixé par l'article 8, § 3, de l'arrêté attaqué.

Le montant maximal de la subvention est de 225.000 euros pour les structures multidisciplinaires installées dans un quartier en pénurie et de 150.000 euros pour les structures multidisciplinaires qui ne sont pas installées dans un tel quartier (étant entendu que le Collège réuni peut octroyer une intervention supérieure en cas de besoin spécifique selon les conditions visées à l'article 9, § 3). Pour les jeunes médecins, l'intervention s'élève à 15.000 euros maximum (article 9, § 2). Les dépenses éligibles au subventionnement sont déterminées par l'article 10, § 1^{er}, de l'arrêté attaqué. Il s'agit par exemple de frais de personnel et de frais d'achat ou de location de matériel médical, avec un régime spécifique pour l'acquisition d'un bien immobilier (article 11).

Le chapitre 3 de l'arrêté attaqué, intitulé « Contrôle », règle la manière dont l'autorité vérifie l'affectation effective de la subvention à l'installation de la nouvelle structure multidisciplinaire ou du jeune médecin. Il est prévu que l'autorité peut exiger le remboursement de la subvention dans certaines hypothèses (articles 12, § 4, 13 et 14).

L'article 19 contient une délégation aux ministres compétents pour arrêter la liste des quartiers en pénurie de médecins généralistes.

Enfin, l'arrêté attaqué abroge les articles 4, 4/1, 4/2 et 6 de l'arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement.

3. L'article 4 de l'arrêté royal du 23 mars 2012 précité prévoyait, avant son abrogation par l'arrêté attaqué, qu'une prime de 15.000 euros était accordée aux médecins généralistes pour leur première installation. Par ailleurs, une prime

complémentaire de 15.000 euros était accordée pour toute « nouvelle installation », étant entendu que la « nouvelle installation » visait tantôt une première installation dans un quartier qualifié de quartier en pénurie de médecins généralistes au moment de cette première installation, tantôt une installation à la suite d'un déménagement d'un quartier qui n'est pas en pénurie de médecins généralistes vers un quartier qualifié de quartier en pénurie de médecins généralistes au moment de cette installation (article 1^{er}, 6°, de l'arrêté royal du 23 mars 2012).

Cette prime accordée aux médecins généralistes était communément appelée « prime Impulseo I ».

Conformément à l'article 4/1 de l'arrêté royal précité, « les Ministres arrêtent la liste des quartiers en pénurie de médecins généralistes ».

4. Une note adressée aux membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune fournit les explications suivantes à propos de l'objectif poursuivi par l'arrêté attaqué :

« [...]

- Conformément à la Déclaration de politique générale commune au Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale et au Collège réuni de la Commission communautaire commune pour la législature 2019-2024 (DPG), il existe une volonté de renforcer la première ligne de soins en soutenant une approche intégrée des soins de santé et d'une première ligne de soins centrale.

Suite à l'analyse des différentes demandes et d'une concertation des acteurs de la première ligne, il est apparu que le dispositif de prime impulseo (impulseo I) n'est pas à même de soutenir réellement l'installation de médecins généralistes à Bruxelles. Pas plus que de renforcer une première ligne de soins offrant une approche intégrée des soins, conformément aux souhaits exprimés dans la DPG.

Sur la base de ces constatations, il a été choisi de supprimer le mécanisme d'octroi de prime impulseo (impulseo I) et de le remplacer par un financement destiné à des "structures multidisciplinaires" ainsi qu'à des jeunes médecins solo. Les structures multidisciplinaires devront être constituées d'acteurs de la première ligne de soins, y compris des médecins généralistes, et, tout comme les jeunes médecins solo, s'inscrire dans une approche intégrée des soins, centrée sur les personnes, conformément au prescrit de l'ordonnance du 4 avril 2019 relative à la politique de la première ligne de soins.

Enfin, il s'agit également d'opérer une transition d'une logique de prime à une logique de subside.

[...]

- Les orientations de la réforme répondent donc aux deux enjeux suivants :
 - comment attirer des médecins généralistes et autres professionnels de la santé dont la population bruxelloise a besoin ?
 - quel système de santé poursuivons-nous pour un accompagnement qualitatif de la population bruxelloise ?Les jeunes professionnels de la santé aujourd'hui se dirigent naturellement vers

les pratiques de groupe multidisciplinaires pour des raisons de qualité des soins, mais également de qualité de vie professionnelle et privée. Avec la complexification des accompagnements et des problèmes psycho-médico-sociaux de la population, en particulier à Bruxelles, il est de plus en plus difficile d'exercer un métier de santé de première ligne seul, et a fortiori le métier de médecin généraliste. La médecine générale est une prise en charge psycho-médico-sociale, ces trois volets sont indissociables. Les jeunes médecins généralistes se dirigent donc vers les pratiques multidisciplinaires pour pouvoir s'appuyer sur leurs collègues d'autres disciplines, mais également sur leurs collègues médecins, ce qui permet un meilleur équilibre avec la vie privée. En termes de santé publique, l'OMS recommande un système de santé basé sur une première ligne forte, qui promeut un modèle de soins holistique. Cela passe par le développement de centres de soins de santé intégrés, la création d'équipes multidisciplinaires, l'affectation de patients auprès de médecins généralistes, etc. Le modèle de soins défendu par la santé publique aujourd'hui, du niveau global au niveau local est un modèle intégré et multidisciplinaire. Nous gardons néanmoins la possibilité d'une prime pour des médecins qui s'installeraient dans ces quartiers en pratique solo ou mono disciplinaire de groupe. Les soutiens destinés aux jeunes médecins se limitent au nombre de 10 par an, pour un montant global maximum de 150.000 euros.

[...]

- Concrètement, le présent projet d'arrêté abroge la prime d'installation Impulseo et prévoit le financement des dépenses suivantes relatives à l'installation, à concurrence de maximum 225.000 € par structure multidisciplinaire s'installant dans un quartier en pénurie, et de 150.000 par structure multidisciplinaire ne s'installant pas dans un quartier en pénurie, et de 15.000 euros par jeune médecin s'installant dans un quartier en pénurie (en pratique solo ou de groupe) :
 - Les frais de personnel employé et indépendant
 - Les frais relatifs à l'acquisition et à l'aménagement d'un bien immobilier ;
 - Les frais de location et d'aménagement d'un bien immobilier ;
 - Les frais d'achat ou de location de matériel médical ou frais liés au fonctionnement de la structure multidisciplinaire.

Le financement de ces frais vise à faciliter le lancement de services de première ligne. En effet, l'une des difficultés pour ces services est de payer ces différents frais lors des 2 premières années suivant leur lancement.

[...]

- Contrairement au régime actuel, le présent projet d'arrêté prévoit un dispositif octroyant un pouvoir d'appréciation à la Cocom concernant l'octroi des financements de soutien à l'installation. En effet, afin de recevoir ce financement, les demandeurs devront introduire un dossier circonstancié. Sur la base de l'analyse des différents dossiers soumis, une sélection sera opérée afin de déterminer l'éligibilité et la hauteur de l'intervention. Il n'existera dès lors plus de droit subjectif au financement dans le chef des médecins.

L'existence d'un pouvoir d'appréciation important est justifiée par le souhait d'octroyer le financement aux structures qui répondent le mieux à la vision politique de la première ligne de la Cocom, sans limiter toutefois les conditions d'octroi de façon trop restrictive. En d'autres termes, le dispositif actuel permet d'une part, de donner la priorité aux structures s'inscrivant le plus adéquatement ou parfaitement dans la vision de la première ligne de la Cocom tout en laissant la possibilité de financer des structures qui ne répondent pas parfaitement mais suffisamment à la vision de la première ligne de la Cocom.

[...] ».

IV. Premier moyen

IV.1. Thèses des parties

A. Requête

La partie requérante prend un premier moyen de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution.

Dans une première branche, elle reproche à l'arrêté attaqué d'opérer une distinction entre les jeunes médecins selon trois critères.

Premièrement, elle fait valoir que l'arrêté attaqué établit une distinction entre les jeunes médecins selon qu'ils travaillent, ou non, au sein d'un quartier en pénurie. Selon elle, cette discrimination ne repose sur aucun critère défini par l'arrêté attaqué pour déterminer si un quartier peut être qualifié en pénurie ou pas, laissant cette qualification entre les mains des ministres en charge de la Santé et de l'Action sociale. Elle ajoute que l'arrêté attaqué ne permet pas de dégager des critères objectifs permettant de procéder à une différence de traitement entre les acteurs de la première ligne travaillant dans un quartier en pénurie et ceux qui exercent leur activité dans un quartier qui ne bénéficierait pas d'une telle qualification. Elle précise que l'on ne trouve aucune trace de la nécessité d'une telle différence de traitement par rapport à un but précis. Au regard de l'objectif de l'arrêté attaqué, à savoir soutenir l'installation de jeunes médecins, elle ne voit pas la nécessité d'instaurer une telle différence de traitement. Elle estime au contraire que cette discrimination exclut des jeunes médecins souhaitant s'installer dans un quartier qui n'est pas en pénurie de l'accès au bénéfice de toute prime ou subvention.

Deuxièmement, elle reproche à l'arrêté attaqué d'opérer une distinction entre les jeunes médecins qui travaillent au travers d'une personne morale de droit privé sans but lucratif et ceux qui « travaillent en personne physique ». Elle estime que cette discrimination n'est fondée sur aucun critère objectif et qu'il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé.

Troisièmement, elle estime que l'arrêté attaqué crée une discrimination entre les médecins ayant une patientèle ouverte au partage de données via les réseaux de soins de santé et ceux qui n'auraient pas une telle patientèle. Selon elle, dans la mesure où l'arrêté attaqué oblige le demandeur de subvention à démontrer la publication d'au moins un SUMEHR sur le Réseau Santé Bruxellois, et qu'une telle publication ne dépend pas de l'acteur de santé mais principalement du consentement

du patient, il impose un critère « qui n'est pas du chef du médecin généraliste mais bien du patient » et qui n'est pas objectif.

Dans une deuxième branche, la partie requérante reproche à l'arrêté attaqué d'opérer une distinction entre les structures de médecins, selon quatre critères.

Premièrement, elle considère que l'arrêté attaqué crée une discrimination entre les structures de médecins multidisciplinaires et les structures de médecins mono-disciplinaires dans la mesure où seules les premières sont éligibles aux subventions prévues par l'arrêté attaqué. Elle précise également qu'elle n'aperçoit « aucune justification à cette obligation de multidisciplinarité et aucune précision n'est apportée par l'arrêté critiqué ».

Deuxièmement, elle estime que l'arrêté attaqué crée une discrimination entre le montant payé à la structure multidisciplinaire selon qu'elle est installée, ou non, dans un quartier en pénurie. Elle considère que cette discrimination ne repose sur aucun critère défini par l'arrêté critiqué et que ce dernier n'établit aucun critère pour déterminer si un quartier peut être qualifié en pénurie ou pas, laissant cette qualification entre les mains des ministres en charge de la Santé et de l'Action sociale. Elle ajoute que l'on ne trouve aucune trace de la nécessité d'une telle discrimination par rapport à un but précis et que l'on ne voit donc pas la nécessité d'instaurer une telle discrimination entre structures de médecins et même entre structures multidisciplinaires.

Troisièmement, elle reproche à l'arrêté attaqué de créer une discrimination entre les structures multidisciplinaires selon qu'elles sont, ou non, constituées sous la forme d'une personne morale de droit privé sans but lucratif. Selon elle, cette discrimination n'est fondée sur aucun critère objectif et il n'existe pas de rapport raisonnable de proportionnalité entre les moyens employés et le but visé.

Quatrièmement, elle considère que l'arrêté attaqué opère une discrimination entre les structures ayant une patientèle ouverte au partage de données via les réseaux soins de santé et celles qui n'auraient pas une telle patientèle. Elle précise que l'arrêté attaqué impose un critère qui n'est pas du chef de la structure de médecins mais bien du patient et que ce critère n'est pas objectif.

B. Mémoire en réponse

La partie adverse précise tout d'abord que les violations invoquées dans les deux branches du moyen entraîneraient tout au plus l'illégalité d'une partie de l'article visé et que d'aucune manière ces illégalités vantées ne s'étendent à

l'ensemble de l'arrêté ou même à l'autre des deux articles en cause (articles 4 et 5 de l'arrêté attaqué). Elle estime qu'il y a donc lieu de limiter l'objet du moyen, pour chacune des branches, aux articles 4 et 5 de l'arrêté attaqué.

Elle estime ensuite que l'éventuelle annulation des deux normes visées ne peut servir les intérêts de la partie requérante. Selon elle, l'annulation des deux aides n'entraîne pas l'apparition d'une autre aide ou la renaissance d'une autre aide, de sorte que l'annulation des deux aides visées ne peut procurer aucun avantage à la partie requérante ou aux médecins dont elle assure la défense des intérêts.

Quant à la première branche, elle précise en guise d'introduction que les primes à l'installation ne sont pas destinées à allouer une somme à un médecin pour le seul motif qu'il est médecin, mais qu'elles sont destinées à induire un accès réel, pour la population, à une prise en charge médicale effective.

En ce qui concerne le critère du quartier en pénurie, la partie adverse considère qu'il est pertinent au regard de l'objectif poursuivi. Selon elle, c'est parce que, dans un quartier, il y a un déficit d'offre de soins de première ligne, qu'il y a lieu d'y « attirer » des prestataires. La prime qui a pour objectif d'inciter à l'installation dans ces quartiers utilise, selon elle, à juste titre ce critère. Elle précise ensuite que l'arrêté attaqué ne laisse pas la détermination de la notion de quartier en pénurie à la discrétion des ministres, que le critère est bel et bien objectif et que l'arrêté attaqué encadre effectivement et de manière forte la délégation faite aux ministres compétents pour établir la liste des quartiers en pénurie. À cet égard, elle rappelle que l'article 19 de l'arrêté qui délègue la compétence aux ministres d'établir la liste des quartiers en pénurie de médecins généralistes a fait l'objet d'une modification à la suite de l'avis de la section de législation du Conseil d'État et que dans la mesure où cette liste doit être fixée sur la base d'une étude de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, la délégation faite aux ministres est, selon elle, bien encadrée et limitée. Elle ajoute que le choix posé de réserver la prime aux « jeunes médecins » qui s'installent dans un quartier en pénurie n'est pas déraisonnable et est en lien avec la ligne politique annoncée par le Collège réuni dès son installation. Se fondant sur la note transmise au Collège réuni dans le cadre de la première lecture du projet d'arrêté, elle considère que le choix posé est d'affecter le budget là où il était le plus pertinent, à savoir, l'installation de structures multidisciplinaires, particulièrement dans les quartiers en pénurie. Elle ajoute que, consciente que l'accès aux soins de première ligne se fait parfois encore par le biais de médecins qui s'installent de manière isolée, elle a décidé de maintenir une aide dans ces cas exceptionnels. Selon elle, la différence de traitement avec les jeunes médecins généralistes qui exercent dans un quartier qui n'est pas en pénurie est donc justifiée au regard de l'objectif poursuivi, à savoir, assurer une répartition adéquate à la demande de l'offre de médecins

généralistes sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, et, plus particulièrement, assurer une offre de soins de santé de première ligne dans les quartiers en pénurie.

En ce qui concerne le critère de l'exercice de l'activité, par le médecin généraliste, en tant que personne morale de droit privé sans but lucratif, elle estime que ce critère vise à rencontrer la volonté du Collège réuni de favoriser une approche non lucrative de la médecine de première ligne et à assurer l'effectivité de l'utilisation de la prime. Cette optique a, selon elle, pour objectif d'axer les soins de première ligne vers une plus grande qualité, dès lors que la prime sera effectivement destinée à l'amélioration du service médical et non pas au patrimoine du médecin concerné. Elle ajoute que l'objectif est donc de s'assurer que la prime octroyée sera bien utilisée aux fins prévues par les articles 10 et 11 de l'arrêté attaqué et que dans la mesure où les primes sont destinées à des fins d'investissement immobilier, il n'est pas déraisonnable d'exiger un outil qui permet d'isoler cet investissement professionnel du patrimoine privé du ou des médecins. À titre subsidiaire, elle estime que si le Conseil d'État devait estimer cet argument fondé, il y aurait lieu de limiter l'annulation à ce point précis.

En ce qui concerne le critère des publications SUMEHR, la partie adverse rappelle que si l'accord du patient est effectivement nécessaire pour qu'un médecin puisse ouvrir, pour ce patient, un dossier médical global sur le système informatique prévu à cet effet, la loi sur les droits du patient impose à tout professionnel de soins de santé de tenir un dossier du patient. La seule nuance porte sur la modalité de tenue de ce dossier.

Elle ajoute que la situation critiquée par la partie requérante vise la situation d'un médecin qui n'aurait pas encore d'outils informatiques à sa disposition, ce qui est statistiquement improbable à l'heure actuelle compte tenu de l'évolution des outils informatiques, des primes à l'utilisation de ces outils, et des prescriptions électroniques qui sont aujourd'hui en vigueur. Elle ajoute qu'il convient de tenir compte du fait que l'arrêté attaqué s'adresse à de jeunes médecins qui s'installent et qu'il est improbable que ceux-ci commencent leur activité sans utiliser d'outils informatiques. Elle ajoute qu'il n'est pas illégitime d'y recourir, puisque le but est de favoriser l'offre de soins complète et, donc, la communication entre professionnels de soins de santé. Elle poursuit en précisant que ce critère est objectif et n'instaure pas de discrimination. Il vise à s'assurer que le médecin qui souhaite percevoir la prime prévue par l'arrêté attaqué utilise les outils informatiques destinés à assurer un partage optimal des données de santé d'un patient et donc une meilleure qualité des soins de santé. Enfin, elle estime que la réforme s'inscrit dans le projet politique de structurer et organiser une offre de soins intégrée à Bruxelles et que c'est en ce sens qu'il est

question d'une première ligne de soins et non pas « simplement » de médecine générale. La collaboration avec la deuxième et la troisième lignes nécessite, selon elle, un partage des informations relatives aux patients et donc, par conséquent, l'utilisation des outils informatiques.

Quant à la seconde branche, elle rappelle à propos du critère de la multidisciplinarité que l'objectif de la modification attaquée est d'accroître et d'améliorer l'offre de soins de première ligne dès lors que l'accès à des soins de première ligne a démontré une amélioration de l'état général de santé de la population concernée. Elle considère que le fait d'ouvrir la première ligne à d'autres disciplines que la seule médecine générale peut raisonnablement participer à l'amélioration de la santé (dans une acception large) et précise que le choix posé est donc, dans cette optique, d'affecter le budget là où il est le plus pertinent, à savoir, l'installation de structures multidisciplinaires, particulièrement dans les quartiers en pénurie. Se référant aux recommandations de l'OMS, elle estime que le fait de préférer une offre pluridisciplinaire n'est pas déraisonnable. Elle en conclut que dès lors que l'objectif est de favoriser des soins de santé de première ligne de meilleure qualité et qu'il est internationalement reconnu que cette qualité passe par une approche intégrée des soins, il n'est pas déraisonnable de préférer l'octroi de subventions aux structures multidisciplinaires permettant de répondre à cet objectif dans l'optique de « maximiser » l'installation de telles structures, encore relativement rares.

En ce qui concerne le critère du quartier en pénurie, la partie adverse renvoie aux développements relatifs à la première branche du moyen et estime que la deuxième branche n'est pas fondée dans la mesure où (i) la délégation faite aux ministres compétents est bien limitée de sorte que le critère est objectif ; et (ii) la différence de traitement entre les structures installées dans un quartier en pénurie ou non se justifie par la volonté d'accroître l'offre de soins de première ligne dans ces quartiers dès lors que le constat a été fait que cette offre est encore trop faible. Selon elle, il n'existe donc pas de discrimination entre ces catégories. En ce qui concerne le critère de l'exercice en personne morale de droit privé sans but lucratif, elle rappelle que l'objectif de la modification est d'accroître l'offre de soins de première ligne dès lors que l'accès à des soins de première ligne a démontré une amélioration de l'état général de santé de la population concernée et que dans la mesure où, conformément aux recommandations de l'OMS, les soins de santé de première ligne sont d'autant plus efficaces qu'ils sont offerts au sein de structures multidisciplinaires, il n'est pas déraisonnable de soutenir ce type de projet. Elle ajoute que le fait de prévoir comme condition la circonstance que la structure doit être constituée sous la forme d'une personne morale vise à rencontrer la volonté de favoriser une approche collective et non lucrative de la médecine et qu'il s'agit de s'assurer que la structure affectera la subvention perçue pour les dépenses visées à l'article 10 de l'arrêté attaqué. Elle en

déduit qu'il n'est pas déraisonnable d'imposer que les structures multidisciplinaires soient organisées en personne morale pour être éligibles à la prime.

Elle précise enfin que contrairement à ce que prétend la partie requérante, le fait de se constituer ou de gérer une personne morale n'est pas (significativement) plus onéreux ou compliqué que de fonctionner en association sans personnalité juridique (association de fait).

En ce qui concerne le critère des publications SUMEHR, la partie adverse renvoie à la réfutation de la première branche du moyen concernant ce critère et précise que plus encore concernant une structure multidisciplinaire, l'hypothèse où les dossiers informatisés ne seraient pas utilisés est statistiquement nulle.

C. Dernier mémoire de la partie adverse

La partie adverse expose ce qui suit :

« A. Quant à la première branche

14. La partie adverse renvoie, pour l'essentiel à son mémoire en réponse et au rapport de monsieur l'auditeur-adjoint, pour ce qui concerne le critère du quartier en pénurie et l'obligation de publication SUMEHR.

Pour ce qui concerne la critique relative à l'adoption de la personnalité morale sans but lucratif, la partie adverse renvoie à son mémoire et aux développements ci-dessous.

15. Dans le cadre de sa requête en annulation et en suspension, la partie requérante formule uniquement une critique relative à l'absence de justification quant à la distinction opérée entre les jeunes médecins exerçant sous la forme d'une personne morale sans but lucratif et les jeunes médecins exerçant en personnes physiques. La critique de la partie requérante a uniquement trait au coût engendré par la constitution d'une telle personne morale, qui serait disproportionné au regard de l'objectif poursuivi. Dans son mémoire en réplique, la partie requérante ne modifie pas la portée du moyen. La partie requérante affirme, en effet : "L'arrêté oblige donc le bénéficiaire à devoir travailler au travers d'une personne morale et donc d'engager des frais liés à la gestion d'une telle structure sans, pour autant, motiver cette obligation".

16. La portée de la sous-branche du moyen est circonscrite par la partie requérante. Comme l'a déjà jugé votre Conseil :

“ le Conseil d'Etat ne peut, sans méconnaître le principe dispositif, étendre *ex officio* son contrôle”.

Comme l'a rappelé Votre Conseil dans un arrêt n° 255.650 du 31 janvier 2023, le principe dispositif est consacré par l'article 1138, 2°, du Code judiciaire, rendu applicable par l'article 2 du même Code.

Il a rappelé aussi dans un arrêt n° 237.096 du 19 janvier 2017, qu'il ne lui appartient pas de se prononcer *ultra petita*.

Par ailleurs, comme le rappelle l'article 2 de l'arrêté du régent, “Le moyen consiste en l'indication de la règle de droit dont la violation est invoquée et de la manière dont elle aurait été concrètement enfreinte”.

C'est de tels moyens que votre Conseil est saisi.

17. Dans son analyse de la sous-branche du moyen, monsieur l'auditeur-adjoint étend la portée donnée par la partie requérante à la sous-branche ; là où la partie requérante considèrerait que l'exigence de constitution de personne morale sans but lucratif entraînerait des coûts excessifs au regard d'un objectif non valable, monsieur l'auditeur-adjoint identifie l'objectif, mais considère que la constitution d'une personne morale sans but lucratif excède ce qui est raisonnablement nécessaire pour atteindre l'objectif poursuivi.

Pourtant, si le moyen est limité à ce qui est critiqué par la partie requérante, l'excès ne résiderait que dans le coût administratif lié à la personnalité morale et à l'absence de motivation.

À cet égard, le rapport de monsieur l'auditeur-adjoint constate, au contraire, qu'il y a bel et bien un objectif et que celui-ci est légitime. La question du coût de la personnalité morale n'est pas retenue pour conclure au caractère déraisonnable de la mesure.

18. En ce sens, la partie adverse relève que Monsieur l'Auditeur adjoint étend le moyen tel que formulé par la partie requérante. Monsieur l'auditeur-adjoint, en effet, ne limite pas son examen au caractère prétendument coûteux de la création d'une personne morale sans but lucratif, mais apprécie plus largement la pertinence du critère objectif présenté suite à la justification donnée par la partie adverse.

L'analyse de Monsieur l'Auditeur Adjoint s'apparente donc à un moyen nouveau soulevé d'office. Or, seuls les moyens d'ordre public peuvent être soulevés d'office dans le cadre du rapport de l'Auditorat.

En l'espèce, l'examen de la pertinence d'une justification apportée au critère de distinction n'est pas de nature à être soulevé d'office.

Le moyen, tel que reformulé par Monsieur Auditeur adjoint, est irrecevable.

19. Pour le surplus et quant au fond, la partie adverse s'en réfère à justice.

B. Quant à la seconde branche

20. Sur la seconde branche, également, monsieur l'auditeur-adjoint conclut essentiellement au non-fondement de la branche.

Sur un point, pourtant, monsieur l'auditeur-adjoint considère la branche fondée : l'exigence faite aux médecins agissant en groupe de fonctionner sous la forme d'une personne morale sans but lucratif.

21. Comme cela a été exposé dans le mémoire en réponse, le critère de l'exercice de l'activité dans le cadre d'une personne morale sans but lucratif vise à rencontrer la volonté du Collège réuni de favoriser une approche non lucrative de la médecine de première ligne et à assurer l'effectivité de l'utilisation de la prime. Le critère prend, en outre, en compte la réalité juridique exprimée par le Code des sociétés et des associations.

Les articles 1.1 et 1.2 du Code des sociétés et des associations disposent ce qu'il suit :

“ Article 1:1. Une société est constituée par un acte juridique par lequel une ou plusieurs personnes, dénommées associés, font un apport. Elle a un patrimoine et a pour objet l'exercice d'une ou plusieurs activités déterminées. Un de ses buts est de distribuer ou procurer à ses associés un avantage patrimonial direct ou indirect.

Art. 1:2. Une association est constituée par une convention entre deux ou plusieurs personnes, dénommées membres. Elle poursuit un but désintéressé dans le cadre de l'exercice d'une ou plusieurs activités déterminées qui constituent son objet. Elle ne peut distribuer ni procurer directement ou indirectement un quelconque avantage patrimonial à ses fondateurs, ses membres, ses administrateurs ni à toute autre personne sauf dans le but désintéressé déterminé par les statuts. Toute opération violant cette interdiction

est nulle”.

Ainsi, le code pose de manière univoque la distinction fondamentale qui existe et doit exister entre une société et une association.

Conformément à ce code, une société – quelle soit ou non dotée de la personnalité juridique – se caractérise par le fait qu’elle doit poursuivre à tout le moins comme but de “distribuer ou procurer à ses associés un avantage patrimonial direct ou indirect”. Une société se caractérise ainsi par l’obligation qui est faite de l’appauvrir au bénéfice de ses associés : il est de droit que les associés sortent du patrimoine de la société une partie de ses moyens.

À la différence de la société, l’association se caractérise par l’interdiction qui est faite de distribuer une partie de son patrimoine à ses associés. Le patrimoine de l’association ou de la fondation sont affectés exclusivement à poursuivre le but désintéressé qui est l’objet de ladite personne. Et, en cas de dissolution, le patrimoine ne pourra revenir aux associés, mais devra, au contraire, revenir à une autre personne qui poursuit le même but désintéressé ou un but désintéressé similaire.

À l’inverse, à défaut d’être constitué sous la forme d’une personne morale sans but de lucre, toute autre forme de collaboration sera une société qui a pour nature et obligation corrélatrice de distribuer ou procurer à ses associés un avantage patrimonial direct ou indirect.

22. Le choix d’imposer pour les structures multidisciplinaires la forme d’une association sans but lucratif a précisément pour objectif d’imposer le maintien des actifs, notamment ceux acquis ou entretenus avec les fonds subventionnés, au sein de la personne morale à laquelle la subvention est octroyée.

Toute autre forme de collaboration n’offre pas de garantie équivalente quant à l’objectif précité. Certes, des garanties procédurales sont prévues par l’acte attaqué, mais celles-ci ne pourront éviter que, une fois le transfert – légalement obligatoire en cas de société – opéré, ce transfert précisément aura eu lieu et ne pourra être défait du simple fait d’une décision de l’autorité subventionnante.

23. Un tel objectif consistant à favoriser une approche non lucrative des soins est consacré comme un objectif raisonnable des pouvoirs publics dans la jurisprudence de la Cour constitutionnelle. Afin de rencontrer cet objectif, la Cour reconnaît que l’établissement d’un critère de distinction basé sur la forme sociétale adoptée par le prestataire de soins est un critère objectif et pertinent :

“ B.8. La distinction établie par l’article 50 du décret du 4 mars 1991 entre les personnes morales de droit public et les associations sans but lucratif, d’une part, et les personnes physiques, d’autre part, repose sur un critère objectif et est pertinente par rapport au but poursuivi par le législateur. Celui-ci a en effet raisonnablement pu estimer que seules les personnes morales de droit public et les associations sans but lucratif constituées à cet effet étaient susceptibles de présenter les garanties indispensables quant au désintéressement de leurs mobiles et aux compétences diverses nécessaires à l’accomplissement de la mission d’intermédiaire à l’adoption d’enfants.”[C. const., arrêt n° 02/2001 du 10 janvier 2001]

“ B.5.2. La mesure consistant à ne subventionner d’autres formes de logement, de soins et de services organisées par un établissement agréé en vertu du décret que lorsqu’il s’agit de structures destinées aux personnes âgées exploitées par des administrations locales et provinciales, des associations sans but lucratif et des fondations, repose sur un critère objectif, à savoir le statut juridique de l’exploitant de l’établissement, et est pertinente par rapport à l’objectif poursuivi par le législateur décretaal consistant à aborder la problématique du vieillissement de la population d’une manière efficace, dans les limites des moyens budgétaires. Le choix de ne subventionner que ces établissements et non les établissements exploités par des sociétés privées à responsabilité limitée est justifié par la circonstance que les premiers sont gérés sans but lucratif et ne sont pas axés sur l’enrichissement des membres de la personne morale.

Il n'est pas manifestement déraisonnable qu'une autorité subventionnante opte, afin d'octroyer son aide financière, pour les exploitants de fondations dont la forme juridique offre la garantie que leurs activités poursuivent l'intérêt général et non un enrichissement personnel. En outre, la circonstance que les établissements exploités dans un but lucratif par des personnes physiques ou morales sont soumis aux mêmes normes d'agrément que les établissements subventionnables n'est pas pertinente en l'espèce, dès lors qu'il n'existe pas de corrélation nécessaire, quant à la mesure en cause, entre l'agrément et la subvention".

24. La distinction fondée sur l'absence de but de lucre a été reconnue à plusieurs reprises comme une distinction pertinente et objective lorsqu'elle intervient dans le cadre de l'octroi de fonds publics à destination de personnes morales de droit privé actives dans le secteur des soins de santé.

À cet égard, la partie adverse renvoie à d'autres exemples réglementaires tel, notamment, le Code réglementaire wallon de l'action sociale et de la santé qui érige, en son article 231 l'interdiction d'octroyer des subventions pour des "personnes mises à l'emploi au sein d'une entreprise privée", définies, à l'article 229 du même code comme "toute personne physique ou morale de droit privé dont l'activité poursuit un but de lucre".

Il peut également être renvoyé à l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 11 octobre 1983 déterminant les conditions d'agrément et de subventionnement des centres d'accueil pour adultes en difficulté.

Le critère de distinction ainsi n'est pas seulement utile ou pertinent, il n'est pas manifestement déraisonnable dès lors qu'il est communément utilisé en matière de subventionnement dans le domaine social.

Le rapport de Monsieur l'Auditeur adjoint ne peut dès lors être suivi lorsqu'il propose une annulation partielle de l'acte attaqué concernant l'article 4, 3° précité. Le critère de l'association privée sans but lucratif est justifié à l'objectif poursuivi. Le premier moyen, en sa deuxième branche doit être rejeté ».

IV.2. Appréciation du Conseil d'État

L'article 5 de l'arrêté attaqué fixe les conditions auxquelles doit répondre un jeune médecin pour pouvoir solliciter une subvention destinée à le soutenir au moment de son installation.

Cet article dispose comme il suit :

- « Afin d'être éligible au financement, le jeune médecin doit, au moment de son installation :
- 1° être installé dans un quartier en pénurie ;
 - 2° présenter la mesure dans laquelle il compte exécuter les missions de la première ligne de soins telles que définies au chapitre II de l'ordonnance du 4 avril 2019 relative à la politique de la première ligne de soins, ainsi que, le cas échéant, l'articulation de ces missions avec la mise en œuvre des partenariats et des dispositifs visés à l'article 7 du présent arrêté ;
 - 3° présenter un budget précisant l'allocation des dépenses prévues et leur nécessité dans le cadre de la mise en place de son activité ;
 - 4° être une personne morale de droit privé sans but lucratif ;
 - 5° prester ses activités moyennant la facturation du tarif conventionné ;
 - 6° avoir publié au moins un SUMEHR sur le Réseau Santé Bruxellois ;
 - 7° introduire sa demande au plus tard dans les 6 mois suivant la date d'installation ».

En érigeant le fait d'être installé dans un « quartier en pénurie » (ce qui doit vraisemblablement s'entendre comme visant des quartiers en pénurie de médecins généralistes) en condition de subventionnement, l'article 5, 1°, de l'arrêté attaqué fait naître une différence de traitement entre les jeunes médecins qui sont installés dans un quartier en pénurie de médecins généralistes, d'une part, et les jeunes médecins qui ne sont pas installés dans un tel quartier, d'autre part. Tandis que les premiers, s'ils répondent aux autres conditions fixées par l'article 5, peuvent obtenir une subvention, les seconds ne le peuvent pas.

L'article 4 de l'arrêté attaqué, qui détermine les conditions à remplir par les structures multidisciplinaires pour obtenir une subvention à l'installation, n'impose pas que les structures multidisciplinaires soient établies au sein d'un quartier en pénurie de médecins généralistes. En revanche, l'article 9 de l'arrêté attaqué prévoit un montant maximal de la subvention qui est différent selon que la structure multidisciplinaire se situe dans un « quartier en pénurie » ou non. Cette disposition porte en effet que :

« § 1^{er}. Le Collège réuni fixe le montant de l'intervention visée à l'article 2 en prenant en considération le classement visé à l'article 8.

§ 2. L'intervention visée à l'article 2 s'élève à maximum :

- a) 225.000 euros pour les structures multidisciplinaires installées dans un quartier en pénurie ;
- b) 150.000 euros pour les structures multidisciplinaires qui ne sont pas installées dans un quartier en pénurie ;
- c) 15.000 euros pour les jeunes médecins.

§ 3. Dans le cas où la structure multidisciplinaire justifie d'un besoin spécifique s'intégrant dans le cadre du présent arrêté, le Collège réuni peut, en fonction notamment de la disponibilité des crédits budgétaires et en dérogation au paragraphe 2, octroyer une intervention supérieure aux montants visés au paragraphe 2 ».

L'article 9 de l'arrêté attaqué fait donc naître une différence de traitement entre les structures multidisciplinaires selon qu'elles sont ou non établies dans un « quartier en pénurie » de médecins généralistes.

Il ressort de la requête que la partie requérante critique, tant dans la première que dans la seconde branche du moyen, le critère de distinction du « quartier en pénurie » qui est à la base des deux différences de traitement créées par les articles 5, 1°, et 9, § 2, de l'arrêté attaqué.

Le principe d'égalité et de non-discrimination contenu dans les articles 10 et 11 de la Constitution n'exclut pas qu'une différence de traitement soit établie entre des catégories de personnes, pour autant qu'elle repose sur un critère objectif et

qu'elle soit raisonnablement justifiée.

Un critère de distinction est objectif lorsqu'il crée une différence de traitement sur la base d'un fait objectif. Pour être qualifié d'objectif, un critère de distinction ne peut donc être laissé à l'appréciation subjective de l'autorité.

La notion de « quartier en pénurie » de médecins généralistes n'est définie, ni dans l'arrêté attaqué, ni dans l'ordonnance du 4 avril 2019.

L'article 19 de l'arrêté attaqué (lu en combinaison avec l'article 1^{er}, 7^o, de celui-ci qui définit le terme « ministres ») délègue toutefois aux ministres, c'est-à-dire aux membres du Collège réuni compétents pour la politique de la santé, la compétence d'arrêter la liste des quartiers en pénurie de médecins généralistes.

L'avant-projet d'arrêté qui est devenu ultérieurement l'arrêté attaqué prévoyait initialement sur ce point que « les ministres arrêtent la liste des quartiers en pénurie de médecins généralistes ».

Dans son avis n° 70.679/3 du 11 janvier 2022, la section de législation du Conseil d'État avait toutefois attiré l'attention des auteurs de l'avant-projet d'arrêté sur le caractère trop large de cette délégation de compétences dans les termes suivants :

« Selon l'article 19 du projet, les ministres compétents arrêtent la liste des quartiers en pénurie de médecins généralistes. La fixation d'une telle liste ne peut cependant pas être considérée comme une matière ayant une portée restreinte ou étant de nature secondaire, de sorte qu'une délégation à un ministre doit rester limitée. Par conséquent, la délégation aux ministres compétents ne peut se concrétiser qu'à la condition qu'elle soit limitée, en déterminant dans le projet des critères concrets à prendre en compte pour établir la liste ».

En réponse à cette observation, les auteurs de l'avant-projet d'arrêté ont ajouté, dans le texte de la disposition qui deviendra plus tard l'article 19 de l'arrêté attaqué, l'indication selon laquelle la liste des quartiers en pénurie des médecins généralistes est établie « sur la base d'une étude de l'observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale ».

Toutefois, en déléguant aux ministres compétents le pouvoir de déterminer les quartiers en pénurie de médecins généralistes en se limitant à indiquer que la liste de ces quartiers est établie « sur la base » d'« une » étude de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale, l'article 19 ne fixe pas les critères concrets dont les ministres doivent tenir compte pour établir cette liste de manière objective. La précision que les ministres établissent la liste « sur la base » d'« une » étude de l'Observatoire de la santé et du social de Bruxelles-Capitale n'est pas suffisante à cet égard, étant donné qu'elle ne permet pas de déterminer de quelle étude

il s'agit, ni dans quelle mesure les ministres seraient liés par ses résultats.

Le caractère imprécis de la délégation contenue dans l'article 19 de l'arrêté attaqué induit que le critère de distinction des « quartiers en pénurie » de médecins généralistes est laissé, à tout le moins en partie, à l'appréciation subjective des ministres compétents.

En conséquence, les différences de traitement créées par les articles 5, 1°, et 9, § 2, de l'arrêté attaqué reposent sur un critère de distinction qui, compte tenu de l'article 19 de l'arrêté attaqué, n'est pas objectif.

Les articles 5, 1°, et 9, § 2, de l'arrêté attaqué doivent être considérés comme formant un tout indissociable avec les autres dispositions de l'arrêté attaqué, compte tenu de l'objectif poursuivi par les auteurs de l'arrêté attaqué, qui est de soutenir prioritairement les structures multidisciplinaires installées dans des quartiers en pénurie et les jeunes médecins installés dans de tels quartiers.

Il en résulte que le Conseil d'État ne peut prononcer l'annulation de ces deux seules dispositions, tout en maintenant intactes les autres dispositions de l'arrêté attaqué, puisqu'il donnerait, dans ce cas, une portée nouvelle à l'arrêté attaqué et procéderait à la réformation de celui-ci, ce pour quoi il n'est pas compétent.

En conséquence, l'annulation doit s'étendre à l'ensemble des dispositions de l'arrêté attaqué, qui sont, au demeurant, intégralement visées dans la requête.

Enfin, la partie adverse ne peut être suivie lorsqu'elle soutient que la partie requérante ne justifierait pas d'un intérêt au moyen puisque l'objet de celui-ci devrait être limité aux articles 4 et 5 de l'arrêté et que l'annulation par le Conseil d'État des subventions instaurées par les articles 4 et 5 de l'arrêté attaqué ne procurerait aucun avantage à la partie requérante. En effet, cette exception d'irrecevabilité est fondée sur la prémisse que les dispositions de l'arrêté dont l'inconstitutionnalité serait constatée par le Conseil d'État ne formeraient pas un tout indissociable avec les autres dispositions de cet arrêté. Or, comme il est indiqué ci-dessus, tel n'est pas le cas pour les articles 5, 1° et 9, § 2. L'exception d'irrecevabilité est rejetée en conséquence.

Le premier moyen, en ses première et seconde branches, est recevable et fondé.

V. Autres moyens et griefs

Les autres moyens et les autres griefs invoqués par la partie requérante dans le premier moyen, s'ils étaient fondés, ne pourraient mener à une annulation plus étendue. Il n'y a dès lors pas lieu de les examiner.

VI. Indemnité de procédure

La partie requérante sollicite une indemnité de procédure de 770 euros. Il y a lieu de faire droit à sa demande.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL D'ÉTAT DÉCIDE :

Article 1^{er}.

L'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune du 27 janvier 2022 relatif au soutien des pratiques multidisciplinaires et des jeunes médecins est annulé.

Article 2.

Conformément à l'article 39 du règlement général de procédure, le présent arrêt sera publié par extrait au *Moniteur belge*.

Article 3.

La partie adverse supporte les dépens, à savoir les droits de rôle de 400 euros, les contributions de 44 euros et l'indemnité de procédure de 770 euros accordée à la partie requérante.

Ainsi prononcé à Bruxelles le 18 septembre 2024, par la VI^e chambre du
Conseil d'État, composée de :

David De Roy,	président de chambre,
Florence Piret,	conseillère d'État,
Michèle Belmessieri,	conseillère d'État,
Nathalie Roba,	greffière.

La greffière,	Le Président,
---------------	---------------

Nathalie Roba

David De Roy