AW

ROYAUME DE BELGIQUE

– – – – – – – – – –

AVIS 38.505/4

DE LA SECTION DE LÉGISLATION DU CONSEIL D'ÉTAT

– – – – – – – – – – – –

Le CONSEIL D'ÉTAT, section de législation, quatrième chambre, saisi par la Ministre de l'Enfance, de l'Aide à la jeunesse et de la Santé de la Communauté française, le 31 mai 2005, d'une demande d'avis, dans un délai de trente jours, sur un projet d'arrêté du Gouvernement de la Communauté française "en matière de dépistage de cancer du sein par mammographie", a donné le 27 juin 2005 l'avis suivant :

Comme la demande d'avis est introduite sur la base de l'article 84, § 1er, alinéa 1er, 1°, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, tel qu'il est remplacé par la loi du 2 avril 2003, la section de législation limite son examen au fondement juridique du projet, à la compétence de l'auteur de l'acte ainsi qu'à l'accomplissement des formalités préalables, conformément à l'article 84, § 3, des lois coordonnées précitées.

Sur ces trois points, le projet appelle les observations ci-après.

1. Le texte en projet se donne notamment pour fondement légal les articles 17*bis* et 17*ter* du décret du 14 juillet 1997 portant organisation de la promotion de la santé en Communauté française, qui forment le chapitre V*bis* de ce décret.

Ces articles disposent comme suit :

"CHAPITRE V*bis*. - Des programmes de médecine préventive.

Art. 17*bis*. § 1er. Le Gouvernement fixe, sur base du programme quinquennal et après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, des programmes de médecine préventive à vocation communautaire.

Ces programmes correspondent aux objectifs du plan communautaire opérationnel.

Ils sont présentés sous forme d'un protocole.

Ils sont pilotés par un centre de référence, désigné par le Gouvernement, après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé. À titre exceptionnel, le Gouvernement peut décider que certains programmes sont pilotés par l'administration.

Par pilotage, on entend le fait de veiller à la réalisation des différentes étapes d'un protocole de médecine préventive, à savoir la programmation des actions de médecine préventive, l'enregistrement des données, le suivi des actions et l'évaluation du protocole.

En application des principes de «la médecine basée sur les preuves» et de «la promotion de la santé basée sur les preuves» et du principe de subsidiarité, ces programmes se fondent sur les preuves de pertinence et d'efficacité, l'expérience des professionnels de la santé et les valeurs et les attentes de la population.

§ 2. Ces programmes sont, dans la mesure du possible, réalisés par les intervenants les plus proches de la population et dans la relation la plus continue avec elle, à savoir les médecins généralistes, en collaboration avec l'Office de la Naissance et de l'Enfance, les services et centres de promotion de la santé à l'école, les pédiatres, et plus généralement le secteur ambulatoire et les services de proximité d'aide aux personnes.

Dans l'élaboration de ces programmes, il est en particulier tenu compte des populations qui connaissent une situation sociale, sanitaire ou économique défavorable et des différences de cultures.

§ 3. Les CLPS peuvent être associés à la mise en place de ces programmes.

§ 4. Le Gouvernement fixe les modalités d'exécution de cet article.

Art. 17*ter*. § 1er. Le Gouvernement peut agréer et subventionner des centres de référence pour assurer la mission visée à l'article 17*bis*, § 1er, alinéa 3.

Dans le cadre de cette mission, ces centres de référence contribuent au système d'informations sanitaires et développent une expertise scientifique, la concertation avec les acteurs et la coordination avec les établissements et les personnes de droit public et privé visées à l'alinéa 2.

Le Gouvernement peut également agréer et subventionner des établissements ou des personnes de droit public ou privé, pour assurer la mission visée à l'article 17*bis*, § 2.

Dans le cadre de cette mission, ces établissements ou personnes de droit public ou privé réalisent les actes de dépistage et les autres interventions de médecine préventive prévues dans le protocole visé à l'article 17*bis*, § 1er, alinéa 2.

§ 2. Le Gouvernement fixe la procédure et les conditions d'agrément des structures visées au § 1er, ainsi que les modalités de recours.

Les conditions d'agrément portent notamment sur l'appareillage et les conditions techniques, les qualifications du personnel, les critères de qualité pour la réalisation des programmes.

§ 3. Le Gouvernement fixe les conditions d'octroi des subventions aux structures visées au § 1er.

§ 4. Le Gouvernement détermine les conditions de retrait d'agrément ou de suspension de la liquidation des subventions, ainsi que les modalités de recours."

Il convient par ailleurs d'avoir égard à l'article 2, §§ 1er et 2, du même décret, qui prévoit ce qui suit :

"Art. 2. § 1er. Le Gouvernement arrête un programme quinquennal de promotion de la santé, qui définit les lignes de force de la politique de promotion de la santé en Communauté française, ainsi que de la politique de médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs.

§ 2. Dans un délai de 12 à 18 mois après fixation du programme quinquennal visé au § 1er, le Gouvernement arrête un plan communautaire opérationnel de Promotion de la santé, ci-après dénommé "plan communautaire opérationnel", s'inscrivant dans le cadre de ce programme quinquennal et définissant :

1° les objectifs opérationnels prioritaires retenus pour la durée du plan en matière de promotion de la santé, y compris de médecine préventive;

2° les stratégies et méthodes à développer pour assurer la mise en oeuvre et l'évaluation de ces objectifs prioritaires et opérationnels, les programmes de promotion de la santé, y compris de médecine préventive, les structures d'appui permanentes utiles, les programmes de formations, les outils d'informations et les campagnes de communication à mettre en oeuvre, les axes de développement et de soutien aux politiques locales et aux actions communautaires de santé;

3° les publics-cibles à intégrer dans les programmes et actions prioritaires.

Le plan communautaire opérationnel est défini en concertation avec les intervenants concernés."

2. Au vu des dispositions rappelées ci-avant, le système mis en place par le décret du 14 juillet 1997 peut être résumé comme suit :

a) Il appartient tout d'abord au Gouvernement d'arrêter un programme quinquennal de promotion de la santé, qui définit les lignes de force de la politique de promotion de la santé en Communauté française, ainsi que la médecine préventive envisagée dans ses aspects collectifs.

b) Dans un délai de 12 à 18 mois après fixation de ce programme, le Gouvernement doit ensuite arrêter un plan communautaire opérationnel de Promotion de la santé, dénommé "plan communautaire opérationnel" qui s'inscrit dans le cadre du programme quinquennal et qui définit notamment les objectifs opérationnels prioritaires ainsi que les stratégies et méthodes à développer pour assurer la mise en oeuvre et l'évaluation de ces objectifs prioritaires et opérationnels, les programmes de promotion de la santé, y compris de médecine préventive, les structures d'appui permanentes utiles, les programmes de formation, etc.

c) Une fois ces programme et plan arrêtés, le Gouvernement fixe, après avis du Conseil supérieur de promotion de la santé, des programmes de médecine préventive à vocation communautaire, qui sont présentés sous forme d'un protocole.

Ces programmes doivent être fixés sur la base du programme quinquennal et doivent correspondre aux objectifs du plan communautaire opérationnel.

d) Enfin, le Gouvernement peut agréer et subventionner, selon des procédures et conditions qu'il détermine :

- d'une part, des centres de référence qui auront pour mission d'assurer le pilotage des programmes de médecine préventive à vocation communautaire et de veiller ainsi à la réalisation des différentes étapes d'un protocole de médecine préventive, à savoir la programmation des actions de médecine préventive, l'enregistrement des données, le suivi des actions et l'évaluation du protocole;

- d'autre part, des établissements ou des personnes de droit public ou privé, qui auront pour mission de réaliser le programme de médecine préventive présenté sous la forme d'un protocole, et, dans ce cadre, de réaliser les actes de dépistage et les autres interventions de médecine préventive prévues dans ce protocole.

3. Dans le système mis en place par le décret du 14 juillet 1997, la désignation, l'agrément et le subventionnement des centres de références et autres intervenants précités apparaissent comme étant intimement liés au programme de médecine préventive et aux actes de dépistage et autres interventions de médecine que celui-ci prévoit.

En effet, les centres de références sont agréés et subventionnés pour piloter le protocole, veiller à sa réalisation et son suivi, et les autres intervenants sont agréés pour réaliser le programme et exécuter les actes et interventions médicales - de médecine préventive - que le protocole prévoit.

Le lien étroit qui existe entre ces agréments et subventions d'une part, et le protocole d'autre part, ressort par ailleurs de la nature des conditions d'agrément qui, selon le décret lui-même doivent porter notamment sur l'appareillage et les conditions techniques, les qualifications du personnel et les critères de qualité "pour la réalisation du programme".

Il s'ensuit que la détermination des conditions et procédure d'agrément ainsi que les conditions d'octroi des subventions, de même que le choix même des intervenants à agréer sont fonction de la teneur du protocole et de la nature des actes et interventions qu'il prévoit. C'est d'ailleurs en ce sens qu'est conçu l'arrêté en projet: celui-ci ne fixe pas des procédures et conditions générales applicables à tout centre de référence et tout intervenant quelconque, quel que soit le protocole à piloter et à réaliser, mais bien des

procédures et conditions d'agrément et d'octroi de subventions qui sont fonction des actes et interventions à réaliser (invitation, réinvitation et rappel adressés aux femmes concernées, qualifications des intervenants, etc.).

En conclusion, l'agrément et le subventionnement des différents intervenants concernés ne peut être réglé qu'en fonction du protocole et des actes et interventions qu'il prévoit, ce qui suppose que ce protocole ait été fixé préalablement par le Gouvernement sur la base du plan communautaire opérationnel et du plan quinquennal mentionnés ci-avant.

En l'espèce, il ressort du dossier transmis au Conseil d'État que le programme quinquennal de promotion de la santé, prévu à l'article 2 du décret du 14 juillet 1997, a été adopté par le Gouvernement wallon le 30 avril 2004, relativement aux années 2004-2008.

Par contre, selon les informations communiquées par la déléguée du Gouvernement, le plan communautaire opérationnel et le programme de médecine préventive à vocation communautaire relatif à la prévention du cancer du sein, sont en cours d'élaboration et n'ont pas encore été adoptés.

Les étapes préalables à l'adoption de l'arrêté en projet, et qui doivent être prises en compte pour déterminer la teneur de celui-ci, n'ont donc pas encore été accomplies.

Le projet est par conséquent prématuré.

Il appartiendra au Gouvernement wallon de se prononcer à nouveau sur le texte en projet et de modifier le cas échéant celui-ci, une fois qu'il aura adopté les plan et programme susmentionnés.

Compte tenu du caractère fondamental de cette observation, l'arrêté en projet ne sera pas examiné plus avant.

La chambre était composée de

Madame	M.-L. WILLOT-THOMAS,	président de chambre,
Messieurs	P. LIÉNARDY, P. VANDERNOOT,	conseillers d'État,
Madame	C. GIGOT,	greffier.

Le rapport a été présenté par Mme A. VAGMAN, auditeur.

LE GREFFIER, LE PRÉSIDENT,

C. GIGOT M.-L. WILLOT-THOMAS