



RAAD VAN STATE
afdeling Wetgeving

advies 59.933/1/V
van 7 september 2016

over

een ontwerp van besluit van het
Verenigd College van de
Gemeenschappelijke
Gemeenschapscommissie 'tot
wijziging van het koninklijk besluit
van 23 maart 2012 tot oprichting
van een Impulsfonds voor de
huisartsengeneeskunde en tot
vaststelling van de werkingsregels
ervan'

CONSEIL D'ÉTAT
section de législation

avis 59.933/1/V
du 7 septembre 2016

sur

un projet d'arrêté du Collège réuni
de la Commission communautaire
commune 'modifiant l'arrêté royal
du 23 mars 2012 portant création
d'un Fonds d'impulsion pour la
médecine générale et fixant ses
modalités de fonctionnement'

Op 26 juli 2016 is de Raad van State, afdeling Wetgeving, door de Leden van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, bevoegd voor het Gezondheidsbeleid verzocht binnen een termijn van dertig dagen, van rechtswege verlengd tot 9 september 2016,^(*) een advies te verstrekken over een ontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ‘tot wijziging van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan’.

Het ontwerp is door de eerste vakantiekamer onderzocht op 1 september 2016. De kamer was samengesteld uit Wilfried VAN VAERENBERGH, staatsraad, voorzitter, Jeroen VAN NIEUWENHOVE en Koen MUYLLE, staatsraden, Marc RIGAUX en Michel TISON, assessoren, en Annemie GOOSSENS, griffier.

Het verslag is uitgebracht door Rein THIELEMANS, eerste auditeur.

De overeenstemming tussen de Franse en de Nederlandse tekst van het advies is nagezien onder toezicht van Jeroen VAN NIEUWENHOVE, staatsraad.

Het advies, waarvan de tekst hierna volgt, is gegeven op 7 september 2016.

*

^(*) Deze verlenging vloeit voort uit artikel 84, § 1, eerste lid, 2°, *in fine*, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, waarin wordt bepaald dat deze termijn van rechtswege wordt verlengd met vijftien dagen wanneer hij begint te lopen tussen 15 juli en 31 juli of wanneer hij verstrijkt tussen 15 juli en 15 augustus.

Le 26 juillet 2016, le Conseil d'État, section de législation, a été invité par les Membres du Collège réuni de la Commission communautaire commune, compétents pour la politique de Santé à communiquer un avis, dans un délai de trente jours, prorogé de plein droit jusqu'au 9 septembre 2016,^(**) sur un projet d'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune 'modifiant l'arrêté royal du 23 mars 2012 portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement'.

Le projet a été examiné par la première chambre des vacations le 1^{er} septembre 2016. La chambre était composée de Wilfried VAN VAERENBERGH, conseiller d'État, président, Jeroen VAN NIEUWENHOVE et Koen MUYLLE, conseillers d'État, Marc RIGAUX et Michel TISON, assesseurs, et Annemie GOOSSENS, greffier.

Le rapport a été présenté par Rein THIELEMANS, premier auditeur.

La concordance entre la version française et la version néerlandaise de l'avis a été vérifiée sous le contrôle de Jeroen VAN NIEUWENHOVE, conseiller d'État.

L'avis, dont le texte suit, a été donné le 7 septembre 2016.

*

^(**) Ce délai résulte de l'article 84, § 1^{er}, alinéa 1^{er}, 2^o, *in fine*, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, qui précise que ce délai est prolongé de plein droit de quinze jours lorsqu'il prend cours du 15 juillet au 31 juillet ou lorsqu'il expire entre le 15 juillet et le 15 août.

1. Met toepassing van artikel 84, § 3, eerste lid, van de wetten op de Raad van State, gecoördineerd op 12 januari 1973, heeft de afdeling Wetgeving zich toegespitst op het onderzoek van de bevoegdheid van de steller van de handeling, van de rechtsgrond, alsmede van de vraag of aan de te vervullen vormvereisten is voldaan.

*

STREKKING VAN HET ONTWERP

2. Het voor advies voorgelegde ontwerp strekt ertoe, wat betreft de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie, een aantal wijzigingen aan te brengen aan het koninklijk besluit van 23 maart 2012 ‘tot oprichting van een Impulsfonds voor de huisartsengeneeskunde en tot vaststelling van de werkingsregels ervan’. Die wijzigingen zijn ingegeven door de overdracht van het Impulsfonds, ingevolge de Zesde Staatshervorming, aan de gemeenschappen in het kader van hun bevoegdheden inzake de organisatie van de eerstelijnsgezondheidszorg en de ondersteuning van de gezondheidszorgberoepen van de eerste lijn.¹⁻² De meer rechtstreekse aanleiding voor de wijzigingen vormt het gegeven dat het Impulsfonds niet langer wordt gefinancierd door het federale Participatiefonds en dat in de bestaande regeling nog melding wordt gemaakt van het Rijksinstituut voor ziekte- en invaliditeitsverzekering (hierna: RIZIV). Met de ontworpen regeling worden die verwijzingen weggewerkt. Tevens worden de voorwaarden voor de tussenkomst van het Impulsfonds aangepast.

Het ontworpen wijzigingsbesluit is de omvorming van een eerder voor advies aan de Raad van State voorgelegd ontwerp³ dat een volledig autonome, maar in de tijd beperkte regeling bevatte en waarover op 20 juni 2016 advies 59.437/3 werd gegeven. Ondanks dit belangrijke formele verschil blijkt het huidige ontwerp inhoudelijk bijna volledig gelijk te lopen met het vorige ontwerp.

De Raad van State geeft, behoudens in geval van wijziging van de juridische context, in de regel geen nieuw advies over bepalingen die reeds eerder zijn onderzocht of die zijn gewijzigd ten gevolge van in eerdere adviezen gemaakte opmerkingen. Met betrekking tot die bepalingen wordt verwezen naar advies 59.437/3.

¹ Artikel 5, § 1, I, eerste lid, 6°, van de bijzondere wet van 8 augustus 1980 ‘tot hervorming der instellingen’, zoals vervangen bij artikel 6 van de bijzondere wet van 6 januari 2014 ‘met betrekking tot de Zesde Staatshervorming’ en gelezen in samenhang met artikel 63, eerste lid, van de bijzondere wet van 12 januari 1989 ‘met betrekking tot de Brusselse Instellingen’. Zie in dat verband ook *Parl.St.* Senaat 2012-13, nr. 5-2232/1, 40.

² In dezelfde zin adv.RvS 57.044/3 van 2 maart 2015 over een ontwerp dat heeft geleid tot het besluit van de Regering van de Duitstalige Gemeenschap van 17 april 2015 ‘zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. März 2012 zur Schaffung eines Impulsfonds für die Allgemeinmedizin und zur Festlegung der Arbeitsweise dieses Fonds’.

³ Ontwerp van besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie ‘betreffende de maatregelen ter ondersteuning van de huisartsengeneeskunde op het grondgebied van het Brussels Hoofdstedelijk Gewest voor het jaar 2016’.

BEVOEGDHEID

3. Wat betreft de bevoegdheid van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie inzake de ontworpen regeling wordt verwezen naar opmerking 4 in advies 59.437/3. Specifiek wat de territoriale bevoegdheid betreft, bevestigde de gemachtigde dat het nog steeds de bedoeling is om de in die opmerking geschetste “individuele rechtenlogica” te volgen:

“Le projet d’arrêté vise principalement le médecin individuel en tant que personne physique et non le groupement.”

Zoals reeds is uiteengezet in de opmerkingen 6 en 7 van advies 59.437/3, kunnen in dat geval geen voorwaarden worden geformuleerd waaraan de groepering als dusdanig moet voldoen opdat een tegemoetkoming verschuldigd is. In dat verband kan worden verwezen naar artikel 6, 1° en 3° (ontworpen artikel 6, §§ 2/1 en 4), artikel 9, 2° (ontworpen artikel 9, § 1), artikel 13 (ontworpen artikel 14), artikel 14, 4° (ontworpen artikel 15, § 4)⁴ en artikel 15 (ontworpen artikel 16, § 1, 2°) van het ontwerp. Die voorwaarden moeten worden weggelaten of vervangen door voorwaarden die uitsluitend de individuele huisarts betreffen.

Bovendien komen in de bestaande tekst van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 bepalingen voor waarbij eveneens voorwaarden worden geformuleerd die betrekking hebben op de groepering als dusdanig, en die in dat opzicht niet bij het ontworpen besluit worden gewijzigd. Die bepalingen vormden geen probleem toen de federale overheid nog bevoegd was voor die regeling, maar ze zijn sinds de bevoegdheidsoverdracht wel bevoegdheidsrechtelijk problematisch geworden voor de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie. Ze moeten dan ook in dezelfde zin worden aangepast als de zo-even aangehaalde ontworpen bepalingen. Het betreft artikel 9, §§ 1 en 2, en artikel 12, § 1, van het voormelde besluit.

RECHTSGROND

4. Zoals reeds is uiteengezet in opmerking 10 van advies 59.437/3, wordt de rechtsgrond voor het ontworpen besluit geboden door artikel 36*duodecies*, derde lid, van de wet ‘betreffende de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen’, gecoördineerd op 14 juli 1994 (hierna: de ZIV-wet). Bij die bepaling wordt de Koning (lees: het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie) gemachtigd om de werkingsregels van het impulsfonds voor de huisartsgeneeskunde te bepalen. Dat impulsfonds is bestemd voor de financiering van maatregelen ter ondersteuning van de huisartsgeneeskunde, die tot doel hebben huisartsen aan te zetten een huisartsgeneeskundige activiteit uit te oefenen of te blijven uitoefenen. Bij het uitwerken van deze maatregelen kan rekening worden gehouden met specifieke objectieve karakteristieken van enerzijds de huisartsen zelf en anderzijds hun praktijk en de plaatselijke kenmerken van de huisartsgeneeskunde. Deze maatregelen kunnen onder meer betrekking hebben op de kosten voor de installatie van een huisarts en voor de niet verzorgingsgebonden activiteiten noodzakelijk voor het beheer van de praktijk.

⁴ Zie in dit verband ook opmerking 7 over het ontworpen artikel 15, § 4.

Er kan worden aangenomen dat deze wetsbepaling, die de rechtsgrond vormt voor het koninklijk besluit van 23 maart 2012, ook kan fungeren als rechtsgrond voor de wijziging ervan door het ontworpen besluit van het Verenigd College van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie.

Dat neemt niet weg dat het raadzaam is om op korte termijn een aangepaste rechtsgrond te creëren, waarin het Verenigd College rechtstreeks wordt gemachtigd om voor de verschillende vormen van tegemoetkomingen (waarvan de aard reeds in de ordonnantie kan worden omschreven) het bedrag, de toekenningsvoorwaarden en de aanvraagprocedure te bepalen. Artikel 36*duodecies* van de ZIV-wet, waarvan het tweede lid nog verwijst naar de tenlasteneming van de uitgaven van het impulsfonds door het RIZIV, kan dan worden opgeheven.

5. In de ontworpen artikelen 6, §§ 2/1 en 4, 9, § 1, 12, § 4, 14, § 2, en 15, § 4, wordt als subsidievoorwaarde bepaald dat gebruik wordt gemaakt van een “gelabeld elektronisch medisch dossier” en dat men verbonden is met het “Brussels Gezondheidsnetwerk”. In het ontworpen artikel 1, § 2, 10°, wordt het gelabeld elektronisch medisch dossier gedefinieerd als het “dossier dat beheerd wordt volgens de criteria van het koninklijk besluit van 6 februari 2003 tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de artsen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers”. In het ontworpen artikel 1, § 2, 8°, wordt het Brussels Gezondheidsnetwerk gedefinieerd als de “informatie-tool aangeduid door de [leden van het Verenigd College, bevoegd voor het gezondheidsbeleid], waarbij gezondheidsgegevens van patiënten tussen zorgverstrekkers op elektronische en beveiligde wijze kunnen worden gedeeld in het kader van de continuïteit van de zorgen en dat met de netwerken in Vlaanderen en Wallonië verbonden is dankzij het federale project van het platform e-Health dat de Belgische gezondheidsnetwerken met elkaar verbindt”.

De gemachtigde verklaarde hierover nog het volgende:

“Le dossier médical électronique labélisé est un outil informatique, agréé par la Commission nationale médico-mutualiste, utilisé pour la gestion électronique des dossiers médicaux. Sa base légale se trouve dans l’arrêté royal du 6 février 2003 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l’assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l’utilisation de la télématique et pour la gestion électronique des dossiers médicaux.

Le Réseau Santé Bruxellois est développé par l’asbl Abrumet (Association Bruxelloise de télématique médicale soutenue par la COCOM). Concrètement, le Réseau Santé Bruxellois est un outil qui permet le partage électronique et sécurisé des données de santé des patients dans le cadre de la continuité des soins. Il est associé aux réseaux en Wallonie et en Flandres grâce au projet fédéral de la plateforme eHealth, Hub-Metahub, qui relie les réseaux de santé belges entre eux.

<http://www.reseausantebruxellois.be/>

Le Réseau Santé Bruxellois (RSB) est partenaire de la plateforme eHealth, projet public national dont la mission est de promouvoir et soutenir l’échange d’informations entre tous les acteurs de soins de santé – Loi du 21/08/2008 relative à l’institution et à l’organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions.”

Geen van beide definities behelst een regeling als dusdanig van het gelabeld elektronisch medisch dossier of van het Brussels Gezondheidsnetwerk (nog afgezien van het gegeven dat definities geen autonome rechtsregels behoren te bevatten). In het eerste geval wordt immers doorverwezen naar de regeling die is vervat in het koninklijk besluit van 6 februari 2003 ‘tot bepaling van de voorwaarden en de modaliteiten overeenkomstig dewelke de verplichte verzekering voor geneeskundige verzorging en uitkeringen een financiële tegemoetkoming verleent aan de artsen voor het gebruik van telematica en het elektronisch beheer van medische dossiers’. In het tweede geval wordt gewag gemaakt van een informaticatool die de bevoegde leden van het Verenigd College aanduiden en waarvan de enige regeling ter zake blijkbaar vervat is in de regelgeving met betrekking tot het eHealth-platform.⁵ De ontworpen regeling blijkt dan ook geen voorschriften te bevatten die op zichzelf beschouwd de verwerking van persoonsgegevens regelen.

Indien in de ontworpen regeling of anderszins op het niveau van de Gemeenschappelijke Gemeenschapscommissie alsnog nadere regels zouden worden uitgevaardigd met betrekking tot de verwerking van persoonsgegevens door de huisartsen moet, gelet op het legaliteitsbeginsel vervat in artikel 22 van de Grondwet, eerst een ordonnantiebepaling worden gecreëerd die die verwerking toelaat en de finaliteit ervan bepaalt.

ALGEMENE OPMERKINGEN

6. In opmerking 12 van advies 59.437/3 werd reeds uiteengezet dat de in het toenmalige ontwerp vervatte delegaties aan de Diensten van het Verenigd College – die geen politieke verantwoordelijkheid dragen ten opzichte van een democratisch verkozen vergadering – om bepaalde “toepassingsmodaliteiten” te bepalen en om de inhoud en de vorm van een aanvraagformulier te bepalen, in principe ontoelaatbaar zijn en dat een delegatie aan de bevoegde leden van het Verenigd College slechts onder bepaalde voorwaarden mogelijk is.

De ontworpen artikelen 11, § 4, 12, § 4, en 15, § 4, bevatten delegaties van regelgevende bevoegdheid aan de bevoegde leden van het Verenigd College, alsook aan “hun afgevaardigde”. Op de vraag wie die afgevaardigde kan zijn, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“Le délégué peut être le fonctionnaire dirigeant et en son absence, le fonctionnaire dirigeant adjoint – voir arrêté du Collège réuni du 25 septembre 2008 portant délégation de compétences au fonctionnaire dirigeant des Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Nous allons rajouter la définition de ‘délégué’ à l’article 1^{er}.”

De toekenning van regelgevende bevoegdheid aan een ambtenaar die geen politieke verantwoordelijkheid draagt ten opzichte van een democratisch verkozen vergadering is in principe ontoelaatbaar, omdat afbreuk wordt gedaan aan het beginsel van de eenheid van verordenende macht en aan het beginsel van de politieke verantwoordelijkheid van de ministers. Enkel wanneer het gaat om maatregelen die een beperkte en technische draagwijdte hebben, kan

⁵ Zie onder meer de wet van 21 augustus 2008 ‘houdende oprichting en organisatie van het eHealth-platform en diverse bepalingen’.

een dergelijke delegatie worden aanvaard. De Raad van State kan enkel zijn twijfel herhalen of de in de aangehaalde ontworpen bepalingen beoogde “toepassingsmodaliteiten” als dergelijke maatregelen kunnen worden beschouwd. Enkel voor de vaststelling van het aanvraagformulier (ontworpen artikel 12, § 4, tweede lid) kan dat worden beaamd, althans indien met dat formulier geen gegevens worden verlangd die niet reeds voortvloeien uit de betrokken regeling.

7. De overeenstemming van de Nederlandse en de Franse tekst van het ontwerp moet grondig worden nagezien. Zo kan alvast worden gewezen op de volgende tekortkomingen:

- In het ontworpen artikel 1, § 2, 3°, wordt in de Nederlandse tekst gewag gemaakt van “de aanvraag tot tussenkomst of tegemoetkoming”, terwijl de Franse tekst enkel “la demande d’intervention” vermeldt.
- In het ontworpen artikel 1, § 2, 4°, wordt de zinsnede “de zones moeten op het grondgebied van het tweetalig gebied van Brussel-Hoofdstad [lees: tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad] gevestigd worden”, die wijst op een verplichting, in de Franse tekst weergegeven door de zinsnede “zones se situant sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale”, die enkel beschrijvend is geformuleerd.
- De zinsnede “of na de terugkeer uit een ontwikkelingsland” in de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 1, § 2, 5°, wordt niet weergegeven in de Franse tekst.
- In het ontworpen artikel 6, § 2/1, wordt in de Nederlandse tekst verwezen naar artikel 4, terwijl in de Franse tekst wordt verwezen naar artikel 3, § 1.
- In de Nederlandse tekst van artikel 6, § 3, van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 wordt gewag gemaakt van de “activiteit”, terwijl de ontworpen Franse tekst van die bepaling “activité principale” vermeldt.
- In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 6, § 4, wordt de voorwaarde vermeld van het gebruiken van een gelabeld elektronisch medisch dossier, terwijl die voorwaarde niet voorkomt in de Franse tekst.
- In het ontworpen artikel 9, § 2, worden de woorden “de schriftelijke overeenkomst” in de Nederlandse tekst weergegeven door de woorden “la convention écrite *qui a été conclue*” in de Franse tekst.
- In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 15, § 4, ontbreken de woorden “of de groepering” tussen de woorden “de individueel erkende huisarts” en de woorden “een gelabeld elektronisch medisch dossier gebruikt”. In de Franse tekst komen de woorden “ou le groupement” wel voor. Zie daarover evenwel opmerking 3 aangaande de territoriale bevoegdheid, waaruit blijkt dat de woorden in de Franse tekst moeten worden weggelaten en dat de Nederlandse tekst correct is geformuleerd.
- In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 15, § 5, eerste lid, schrijve men “de Ministers of hun afgevaardigde” in plaats van “het Verenigd College”.

- In het ontworpen artikel 20 wordt in de Nederlandse tekst verwezen naar “de aanvraag tot tussenkomst of tegemoetkoming”, terwijl in de Franse tekst “la demande d’intervention pour le Fonds d’Impulsion” wordt vermeld.
- In de Nederlandse tekst van het ontworpen artikel 21 schrijve men “het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad” in plaats van “het Brussels Hoofdstedelijk Gewest”. Voorts wordt de zinsnede “in het kader van de ondersteuningsmaatregelen voor de huisartsengeneeskunde” in de Franse tekst weergegeven door “dans le cadre du Fonds d’Impulsion”.

Doorheen de hele tekst moet worden nagegaan of met de Nederlandse term “arts” steeds de Franse term “médecin” overeenstemt en met de Nederlandse term “huisarts” de Franse term “médecin généraliste”.

ONDERZOEK VAN DE TEKST

Aanhef

8. In het eerste lid van de aanhef moet meer specifiek worden verwezen naar artikel 36*duodecies*, *derde lid*, van de ZIV-wet.
9. In het zesde lid van de aanhef moet niet alleen worden verwezen naar dit advies, maar ook naar advies 59.437/3 van 20 juni 2016 van de Raad van State.

Artikel 3

10. In het ontworpen artikel 3, § 3, wordt bepaald dat “[d]e bepalingen van § 1 en § 2” (lees: “de paragrafen 1 en 2”) ophouden uitwerking te hebben met ingang van 30 juni 2016. Op de vraag door welke omstandigheid die einddatum is ingegeven en hoe de terugwerkende kracht kan worden verantwoord, antwoordde de gemachtigde het volgende:

“La date limite du 30 juin 2016 concernant la demande de prêts est également celle qui avait été fixée dans le projet d’arrêté initial. Elle ne dépend pas d’une disposition légale ou d’un fait existant. Il s’agit ici d’une décision politique qui consiste à supprimer le prêt à 0% qui rencontrait peu de succès et ne se justifie plus étant donné les taux bancaires du moment. La prime a quant à elle été majorée de 5.000 € (de 20.000 initialement à 25.000 €).

(...)

L’idée initiale était de supprimer le prêt à partir du 1^{er} janvier 2016. Etant donné qu’aucune base légale était en vigueur pour Bruxelles, et que plusieurs dossiers de demande de prêts avaient déjà été introduits par les médecins, il a été convenu de postposer la date de suppression au 30/06/2016 afin de ne pas pénaliser ces derniers. Une circulaire à ce propos a été envoyée aux médecins, Cercles de médecins généralistes bruxellois, syndicats de médecins et aux structures d’appui.”

Het verlenen van terugwerkende kracht aan besluiten is enkel toelaatbaar ingeval voor de retroactiviteit een wettelijke grondslag bestaat, de retroactiviteit betrekking heeft op een

regeling waarbij, met inachtneming van het gelijkheidsbeginsel, voordelen worden toegekend of in zoverre de retroactiviteit noodzakelijk is voor de continuïteit of de goede werking van het bestuur en daardoor, in beginsel, geen verkregen situaties worden aangetast. Enkel indien de retroactiviteit van de ontworpen regeling in één van de opgesomde gevallen valt in te passen, kan deze worden gebillijkt.

In dit geval blijkt voor de ontworpen terugwerkende kracht geen grondslag te bestaan in een ordonnantie bepaling.⁶ Zo al kan worden aangenomen dat de stopzetting van de renteloze leningen met ingang van 30 juni 2016 is ingegeven door de goede werking van het bestuur, moet worden vastgesteld dat verkregen situaties erdoor kunnen worden aangetast in zoverre aanvragen voor een renteloze lening zijn ingediend tussen 30 juni 2016 en de datum van de bekendmaking van het te nemen besluit. Het gegeven dat de renteloze lening blijkbaar weinig succes kent, dat de commerciële rentes thans niet veel hoger liggen en dat de voorgenomen stopzetting ervan is meegedeeld door middel van een circulaire, doet geen afbreuk aan die vaststelling. De buitenwerkingtreding van de ontworpen paragrafen 1 en 2 van artikel 3 van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 is dan ook slechts ten vroegste mogelijk op de datum van de bekendmaking van het te nemen besluit, ook al is de inwerkingtreding van het te nemen besluit met terugwerkende kracht tot 1 januari 2016 (zie daarover opmerking 14) voor het overige niet problematisch.

Artikel 14

11. Het ontworpen artikel 15, § 5, geldt niet alleen voor de tegemoetkoming bedoeld in hoofdstuk 4 van het koninklijk besluit van 23 maart 2012 (tegemoetkoming voor kosten van diensten) maar voor alle in het genoemde besluit geregelde tegemoetkomingen. De ontworpen bepaling moet dan ook worden overgeheveld naar een afzonderlijk artikel, dat het best in een nieuw hoofdstuk 4/1 (“Toezicht”) wordt opgenomen.

12. Overeenkomstig het ontworpen artikel 15, § 5, moeten de huisartsen die de tegemoetkomingen genieten, de vertegenwoordigers van het Verenigd College toelaten tot hun lokalen en hun alle stukken verstrekken die nodig zijn voor de uitoefening van hun controleopdracht.

12.1. Ook al wordt niet uitdrukkelijk vermeld dat het aangehaalde toegangsrecht betrekking heeft op woningen in de klassieke zin, toch blijkt uit de rechtspraak van het Europees Hof voor de Rechten van de Mens dat het begrip “woning” in de zin van artikel 8 van het Europees Verdrag over de rechten van de mens (EVRM) ruim moet worden opgevat en dat het onder bepaalde omstandigheden mede kan slaan op beroeps- en bedrijfslokalen,⁷ zelfs wanneer het gaat om rechtspersonen.⁸

⁶ Indien dat wel het geval zou zijn, zou die ordonnantie bepaling overigens op haar beurt getoetst moeten worden aan de voorwaarden die het Grondwettelijk Hof hanteert voor de terugwerkende kracht van wetgevende bepalingen.

⁷ EHRM 16 december 1992, *Niemietz v. Duitsland*, *Publ.Cour*, reeks A, vol. 251-B; EHRM 25 februari 1993, *Funke, Crémieux en Mialhe v. Frankrijk*, *Publ.Cour*, reeks A, vol. 256-A, -B en -C; EHRM 9 december 2004, *Van Rossem v. België*; EHRM 28 april 2005, *Buck v. Duitsland*, CEDH, 2005-IV, § 32; EHRM 14 maart 2013, *Bernh Larsen Holding AS et al. v. Noorwegen*, § 104. Zie ook D. YERNAULT, “Les pouvoirs d’investigation de l’administration

De stellers van het ontwerp doen er goed aan te overwegen om te voorzien in bijzondere waarborgen met betrekking tot het betreden, niet alleen van woningen in de klassieke zin, maar ook van plaatsen die, zelfs al zijn zij geen “woning” in die zin, toch vallen onder de waarborgen bedoeld in de voornoemde verdragsbepaling. Zo zou het toegangsrecht in beginsel kunnen worden beperkt tot bepaalde uren of, al dan niet in bepaalde omstandigheden, afhankelijk kunnen worden gemaakt van de machtiging door een rechter, wat door het Grondwettelijk Hof, alvast in een strafrechtelijke context, wordt beschouwd als een bijzondere waarborg,⁹ of zou een onderscheid kunnen worden gemaakt naargelang de plaatsen die worden bezocht.

12.2. De stellers van het ontwerp moeten er bovendien bij de toepassing van de ontworpen bepaling rekening mee houden dat het medisch beroepsgeheim gewaarborgd moet blijven.

Artikel 15

13. In het ontworpen artikel 16, § 1, 2°, is niet duidelijk op welke instantie of personen de zinsnede “zij (...) beheren” (“ceux-ci gèrent”) terugslaat.

Artikel 20

14. De inwerkingtreding van het te nemen besluit kan beter niet worden geregeld door de vervanging van de oorspronkelijke inwerkingtredingsbepaling van het koninklijk besluit van 23 maart 2012. Daardoor zou immers de indruk worden gewekt dat het oorspronkelijke besluit eerst op 1 januari 2016 in werking is getreden. Artikel 20 van het ontwerp moet dan ook worden weggelaten. De inwerkingtreding van het te nemen wijzigingsbesluit moet worden geregeld bij een autonome inwerkingtredingsbepaling die volgt op het huidige artikel 21 van het ontwerp, waarin wordt bepaald dat dit besluit uitwerking heeft met ingang van (niet: in werking treedt op) 1 januari 2016.

Slotopmerking

15. De uitvoeringsbepaling bij het ontworpen besluit ontbreekt.

*

face à la délinquance économique: les locaux professionnels et l'article 8 de la Convention européenne”, *Rev.Trim.Dr.H.* 1994, 117-135.

⁸ EHRM 16 april 2002, *Société Colas Est e.a. v. Frankrijk*; EHRM 11 oktober 2005, *Kent Pharmaceuticals Limited e.a. v. Verenigd Koninkrijk*; EHRM 21 december 2010, *Société Canal Plus e.a. v. Frankrijk*; EHRM 14 maart 2013, *Bernh Larsen Holding AS et al. v. Noorwegen*, § 104.

⁹ GwH 16 december 1998, nr. 140/98, B.1.

1. En application de l'article 84, § 3, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, la section de législation a fait porter son examen essentiellement sur la compétence de l'auteur de l'acte, le fondement juridique et l'accomplissement des formalités prescrites.

*

PORTÉE DU PROJET

2. Le projet soumis pour avis a pour objet, en ce qui concerne la Commission communautaire commune, d'apporter un certain nombre de modifications à l'arrêté royal du 23 mars 2012 'portant création d'un Fonds d'impulsion pour la médecine générale et fixant ses modalités de fonctionnement'. Ces modifications sont dictées par le transfert, consécutif à la sixième réforme de l'État, du Fonds d'impulsion aux communautés dans le cadre de leurs compétences en matière d'organisation des soins de santé de première ligne et de soutien aux professions des soins de santé de première ligne ¹⁻². Les modifications résultent avant tout du fait que le Fonds d'impulsion n'est plus financé par le Fonds fédéral de participation et que la réglementation existante fait encore mention de l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après : INAMI). Le dispositif en projet supprime ces références. Par ailleurs, les conditions de l'intervention du Fonds d'impulsion sont adaptées.

L'arrêté modificatif en projet est la refonte d'un projet soumis antérieurement pour avis au Conseil d'État ³, lequel prévoyait une réglementation entièrement autonome, mais limitée dans le temps, et sur lequel l'avis 59.437/3 a été donné le 20 juin 2016. Malgré cette importante différence formelle, il apparaît que le projet actuel correspond presque intégralement au projet antérieur pour ce qui est du contenu.

Sauf en cas de modification du contexte juridique, le Conseil d'État ne donne en principe pas de nouvel avis sur des dispositions qui ont déjà été examinées précédemment ou qui ont été modifiées à la suite d'observations formulées dans des avis précédents. En ce qui concerne ces dispositions, on se reportera à l'avis 59.437/3.

¹ Article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 6°, de la loi spéciale du 8 août 1980 'de réformes institutionnelles', remplacé par l'article 6 de la loi spéciale du 6 janvier 2014 'relative à la Sixième Réforme de l'État', combiné avec l'article 63, alinéa 1^{er}, de la loi spéciale du 12 janvier 1989 'relative aux Institutions bruxelloises'. Voir, à cet égard, également *Doc. parl.*, Sénat, 2012-13, n° 5-2232/1, p. 40.

² Dans le même sens, l'avis C.E. 57.044/3 du 2 mars 2015 sur un projet devenu l'arrêté du Gouvernement de la Communauté germanophone du 17 avril 2015 'zur Abänderung des Königlichen Erlasses vom 23. März 2012 zur Schaffung eines Impulsfonds für die Allgemeinmedizin und zur Festlegung der Arbeitsweise dieses Fonds'.

³ Projet d'arrêté du Collège réuni de la Commission communautaire commune 'relatif aux mesures de soutien à la médecine générale sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale pour l'année 2016'.

COMPÉTENCE

3. S'agissant de la compétence de la Commission communautaire commune pour le dispositif en projet, il est renvoyé à l'observation 4 de l'avis 59.437/3. En ce qui concerne plus spécifiquement la compétence territoriale, le délégué a confirmé que l'intention est toujours bien de suivre la « logique des droits individuels » évoquée dans cette observation :

« Le projet d'arrêté vise principalement le médecin individuel en tant que personne physique et non le groupement ».

Ainsi qu'il a déjà été exposé aux points 6 et 7 de l'avis 59.437/3, il ne peut dans ce cas être formulé de condition devant être remplie par le groupement en tant que tel pour qu'une intervention soit due. À cet égard, on peut viser l'article 6, 1^o et 3^o (article 6, §§ 2/1 et 4, en projet), l'article 9, 2^o (article 9, § 1^{er}, en projet), l'article 13 (article 14 en projet), l'article 14, 4^o (article 15, § 4, en projet)⁴ et l'article 15 (article 16, § 1^{er}, 2^o, en projet) du projet. Ces conditions doivent être omises ou remplacées par des conditions se rapportant exclusivement aux médecins généralistes individuels.

Par ailleurs, le texte existant de l'arrêté royal du 23 mars 2012 comporte des dispositions qui prévoient également des conditions relatives au groupement en tant que tel et que l'arrêté en projet ne modifie pas à cet égard. Ces dispositions ne posaient pas de problème lorsque l'autorité fédérale était encore compétente pour cette réglementation mais, depuis le transfert de compétences, elles sont devenues problématiques pour la Commission communautaire commune du point de vue de la répartition des compétences. Il y a donc lieu de les adapter dans le même sens que les dispositions en projet précitées. Il s'agit de l'article 9, §§ 1^{er} et 2, et de l'article 12, § 1^{er}, de l'arrêté précité.

FONDEMENT JURIDIQUE

4. Ainsi qu'il a déjà été observé au point 10 de l'avis 59.437/3, l'arrêté en projet trouve son fondement juridique dans l'article 36*duodecies*, alinéa 3, de la loi 'relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités', coordonnée le 14 juillet 1994 (ci-après : la loi AMI). Cette disposition habilite le Roi (lire : le Collège réuni de la Commission communautaire commune) à fixer les modalités de fonctionnement du Fonds d'impulsion pour la médecine générale. Ce fonds d'impulsion est destiné au financement de mesures visant à soutenir la médecine générale, qui ont pour but de stimuler les médecins généralistes à exercer ou à continuer d'exercer une activité de médecine générale. Lors de l'élaboration de ces mesures, il peut être tenu compte de caractéristiques objectives spécifiques des médecins généralistes mêmes, d'une part, et de leur pratique et des caractéristiques locales de la médecine générale, d'autre part. Ces mesures peuvent concerner notamment les frais d'installation d'un médecin généraliste et les activités ne concernant pas les soins nécessaires pour la gestion de la pratique.

⁴ À ce sujet, voir également l'observation 7 à propos de l'article 15, § 4, en projet.

Il peut être admis que cette disposition légale, qui constitue le fondement juridique de l'arrêté royal du 23 mars 2012, peut également procurer un fondement juridique à sa modification par l'arrêté en projet du Collège réuni de la Commission communautaire commune.

Il n'empêche qu'il est recommandé de créer à court terme un fondement juridique approprié, qui habilite directement le Collège réuni à fixer, pour les différents types d'interventions (dont la nature peut déjà être définie dans l'ordonnance), le montant, les conditions d'octroi et la procédure de demande. L'article 36*duodecies* de la loi AMI, dont l'alinéa 2 mentionne encore la prise en charge des dépenses du Fonds d'impulsion par l'INAMI, peut dès lors être abrogé.

5. Les articles 6, §§ 2/1 et 4, 9, § 1^{er}, 12, § 4, 14, § 2, et 15, § 4, en projet, imposent, à titre de condition d'intervention, l'utilisation d'un « dossier médical électronique labellisé » et la connexion au « Réseau Santé Bruxellois ». L'article 1^{er}, § 2, 10°, en projet, définit le dossier médical électronique labellisé comme le « dossier géré selon les critères de l'arrêté royal du 6 février 2003 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux ». L'article 1^{er}, § 2, 8°, en projet, définit le Réseau Santé Bruxellois comme l'« outil informatique désigné par les [membres du Collège réuni, compétents pour la politique de santé] permettant le partage électronique et sécurisé des données de santé des patients entre prestataire[s] de soins, dans le cadre de la continuité des soins, et qui est connecté aux réseaux en Wallonie et en Flandre grâce au projet fédéral de la plate[-]forme eHealth qui relie les réseaux de santé belges entre eux ».

À cet égard, le délégué a encore déclaré ce qui suit :

« Le dossier médical électronique labellisé est un outil informatique, agréé par la Commission nationale médico-mutualiste, utilisé pour la gestion électronique des dossiers médicaux. Sa base légale se trouve dans l'arrêté royal du 6 février 2003 fixant les conditions et les modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux.

Le Réseau Santé Bruxellois est développé par l'asbl Abrumet (Association Bruxelloise de télémédecine médicale soutenue par la COCOM). Concrètement, le Réseau Santé Bruxellois est un outil qui permet le partage électronique et sécurisé des données de santé des patients dans le cadre de la continuité des soins. Il est associé aux réseaux en Wallonie et en Flandres grâce au projet fédéral de la plateforme eHealth, Hub-Metahub, qui relie les réseaux de santé belges entre eux.

<http://www.reseausantebruxellois.be/>

Le Réseau Santé Bruxellois (RSB) est partenaire de la plateforme eHealth, projet public national dont la mission est de promouvoir et soutenir l'échange d'informations entre tous les acteurs de soins de santé – Loi du 21/08/2008 relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions ».

Aucune des deux définitions ne règle à proprement parler le dossier médical électronique labellisé ou le Réseau Santé Bruxellois (indépendamment, encore, du fait que des définitions ne doivent pas contenir de normes autonomes). En effet, la première définition renvoie au régime inscrit dans l'arrêté royal du 6 février 2003 'fixant les conditions et les

modalités selon lesquelles l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités accorde une intervention financière aux médecins pour l'utilisation de la télémédecine et pour la gestion électronique des dossiers médicaux'. La deuxième fait état d'un outil informatique désigné par les membres compétents du Collège réuni et qui est apparemment uniquement régi par la législation relative à la plate-forme eHealth⁵. Il apparaît dès lors que le dispositif en projet ne contient pas de prescriptions qui, en soi, règlent le traitement de données à caractère personnel.

Si d'autres modalités relatives au traitement de données à caractère personnel par les médecins généralistes devaient être édictées par le dispositif en projet ou au niveau de la Commission communautaire commune, il faudra, eu égard au principe de légalité inscrit à l'article 22 de la Constitution, créer au préalable et par voie d'ordonnance une disposition qui autorise ce traitement et en détermine la finalité.

OBSERVATIONS GÉNÉRALES

6. L'observation 12 de l'avis 59.437/3 avait déjà indiqué que les délégations, contenues dans le projet concerné en faveur des services du Collège réuni – qui n'assument aucune responsabilité politique à l'égard d'une assemblée élue démocratiquement –, visant à fixer certaines « modalités d'application », ainsi que le contenu et la forme d'un formulaire de demande, ne sont en principe pas admissibles et qu'une délégation aux membres compétents du Collège réuni n'est possible qu'à certaines conditions.

Les articles 11, § 4, 12, § 4, et 15, § 4, en projet, prévoient des délégations de pouvoir réglementaire aux membres compétents du Collège réuni ainsi qu'à « leur délégué ». À la question de savoir qui peut être ce dernier, le délégué a répondu ce qui suit :

« Le délégué peut être le fonctionnaire dirigeant et en son absence, le fonctionnaire dirigeant adjoint – voir arrêté du Collège réuni du 25 septembre 2008 portant délégation de compétences au fonctionnaire dirigeant des Services du Collège réuni de la Commission communautaire commune de Bruxelles-Capitale. Nous allons rajouter la définition de 'délégué' à l'article 1^{er} ».

L'attribution d'un pouvoir réglementaire à un fonctionnaire qui n'est pas politiquement responsable devant une assemblée démocratiquement élue n'est en principe pas admissible dès lors qu'elle porte atteinte au principe de l'unité du pouvoir réglementaire et à celui de la responsabilité politique des ministres. Une telle délégation ne peut être acceptée que lorsqu'il s'agit de mesures ayant une portée limitée et technique. Le Conseil d'État ne peut que réitérer ses doutes quant au fait que les « modalités d'application » visées dans les dispositions en projet précitées peuvent être considérées comme des mesures de ce type. Seul l'établissement du formulaire de demande (article 12, § 4, alinéa 2, en projet) peut être admis, à la condition du moins que ce formulaire ne requiert pas de données qui ne résultent pas déjà du régime concerné.

⁵ Voir notamment la loi du 21 août 2008 'relative à l'institution et à l'organisation de la plate-forme eHealth et portant diverses dispositions'.

7. La concordance des textes français et néerlandais du projet doit être minutieusement vérifiée. Ainsi, on peut relever les lacunes suivantes :

- Le texte néerlandais de l'article 1^{er}, § 2, 3°, en projet fait état de « de aanvraag tot tussenkomst of tegemoetkoming », tandis que le texte français mentionne uniquement « la demande d'intervention ».
- À l'article 1^{er}, § 2, 4°, en projet, le segment de phrase « de zones moeten op het grondgebied van het tweetalig gebied van Brussel-Hoofdstad [lire : tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad] gevestigd worden », qui indique une obligation, est reproduit dans le texte français par « zones se situant sur le territoire de la région bilingue de Bruxelles-Capitale », qui constitue une formulation purement descriptive.
- Le segment de phrase « of na de terugkeer uit een ontwikkelingsland » apparaissant dans le texte néerlandais de l'article 1^{er}, § 2, 5°, en projet, est sans équivalent dans le texte français.
- Le texte néerlandais de l'article 6, § 2/1, en projet, renvoie à l'article 4, alors que la version française fait référence à l'article 3, § 1^{er}.
- Le texte néerlandais de l'article 6, § 3, en projet, de l'arrêté royal du 23 mars 2012 fait mention d'une « activiteit », tandis que le texte français en projet de cette disposition vise une « activité principale ».
- Le texte néerlandais de l'article 6, § 4, en projet, prévoit à titre de condition l'utilisation d'un dossier médical électronique labellisé, condition qui ne figure pas dans le texte français.
- À l'article 9, § 2, en projet, les mots « de schriftelijke overeenkomst » dans le texte néerlandais sont reproduits dans la version française par les mots « la convention écrite *qui a été conclue* ».
- Dans le texte néerlandais de l'article 15, § 4, en projet, les mots « of de groepering » font défaut entre les mots « de individueel erkende huisarts » et « een gelabeld elektronisch medisch dossier gebruikt ». Or, les mots « ou le groupement » apparaissent bien dans le texte français. Il est toutefois renvoyé à ce sujet à l'observation formulée au point 3 à propos de la compétence territoriale, dont il ressort que les termes contenus dans le texte français doivent être omis et que le texte néerlandais est formulé correctement.
- Dans le texte néerlandais de l'article 15, § 5, alinéa 1^{er}, en projet, on écrira « de Ministers of hun afgevaardigde » au lieu de « het Verenigd College ».
- À l'article 20, en projet, le texte néerlandais renvoie à « de aanvraag tot tussenkomst of tegemoetkoming », contrairement au texte français, qui mentionne « la demande d'intervention pour le Fonds d'Impulsion ».
- Dans le texte néerlandais de l'article 21, en projet, on écrira « het tweetalige gebied Brussel-Hoofdstad » au lieu de « het Brussels Hoofdstedelijk Gewest ». Par ailleurs, le segment de phrase « in het kader van de ondersteuningsmaatregelen voor de huisartsengeneeskunde » est reproduit, dans le texte français, par le segment de phrase « dans le cadre du Fonds d'Impulsion ».

On vérifiera dans l'ensemble du texte si le terme néerlandais « arts » correspond toujours au terme français « médecin » et le terme néerlandais « huisarts » au terme français « médecin généraliste ».

EXAMEN DU TEXTE

Préambule

8. Au premier alinéa du préambule, on visera plus spécifiquement l'article 36*duodecies*, *alinéa 3*, de la loi AMI.

9. Le sixième alinéa du préambule doit viser non seulement le présent avis, mais également l'avis 59.437/3 du Conseil d'État du 20 juin 2016.

Article 3

10. L'article 3, § 3, en projet, dispose que « [l]es dispositions de § 1^{er} et § 2 » (lire : « des paragraphes 1^{er} et 2 ») arrêtent de produire leurs effets à partir du 30 juin 2016. À la question de savoir par quelle circonstance est dictée cette date limite et comment justifier l'effet rétroactif, le délégué a répondu ce qui suit :

« La date limite du 30 juin 2016 concernant la demande de prêts est également celle qui avait été fixée dans le projet d'arrêté initial. Elle ne dépend pas d'une disposition légale ou d'un fait existant. Il s'agit ici d'une décision politique qui consiste à supprimer le prêt à 0% qui rencontrait peu de succès et ne se justifie plus étant donné les taux bancaires du moment. La prime a quant à elle été majorée de 5.000 € (de 20.000 initialement à 25.000 €).

(...)

L'idée initiale était de supprimer le prêt à partir du 1^{er} janvier 2016. Étant donné qu'aucune base légale était en vigueur pour Bruxelles, et que plusieurs dossiers de demande de prêts avaient déjà été introduits par les médecins, il a été convenu de postposer la date de suppression au 30/06/2016 afin de ne pas pénaliser ces derniers. Une circulaire à ce propos a été envoyée aux médecins, Cercles de médecins généralistes bruxellois, syndicats de médecins et aux structures d'appui ».

L'attribution d'un effet rétroactif aux arrêtés n'est admissible que dans les cas où la rétroactivité repose sur une base légale, où elle concerne une règle qui confère des avantages dans le respect du principe de l'égalité, ou dans la mesure où elle s'impose pour assurer la continuité ou le bon fonctionnement de l'administration, et ne porte pas atteinte, en principe, à des situations acquises. Ce n'est que si la rétroactivité du régime en projet s'inscrit dans l'une des hypothèses énumérées qu'elle pourra être admise.

En l'espèce, il s'avère qu'aucune disposition ordonnancière ne procure de fondement à l'effet rétroactif en projet ⁶. Même si l'on peut admettre que l'arrêt des prêts sans

⁶ Dans le cas contraire, cette disposition ordonnancière devrait d'ailleurs être elle-même contrôlée au regard des conditions appliquées par la Cour constitutionnelle pour la rétroactivité de dispositions législatives.

intérêts à partir du 30 juin 2016 est dicté par le bon fonctionnement de l'administration, force est de constater que des situations acquises peuvent être affectées dans la mesure où des demandes de prêt sans intérêts ont été introduites entre le 30 juin 2016 et la date de la publication de l'arrêté envisagé. La circonstance que le prêt sans intérêts semble rencontrer peu de succès, que les taux commerciaux ne sont pas beaucoup plus élevés en ce moment et que l'arrêt envisagé de ces prêts a été annoncé par le biais d'une circulaire, ne change rien à cette constatation. Les paragraphes 1^{er} et 2, en projet, de l'article 3 de l'arrêté royal du 23 mars 2012 pourront donc cesser d'être en vigueur au plus tôt à la date de publication de l'arrêté envisagé, même si l'entrée en vigueur de ce dernier avec effet rétroactif au 1^{er} janvier 2016 (voir à cet égard l'observation 14) n'est pas problématique pour le surplus.

Article 14

11. L'article 15, § 5, en projet s'applique non seulement à l'intervention visée au chapitre 4 de l'arrêté royal du 23 mars 2012 (intervention pour frais de recours à des services) mais encore à toutes les interventions réglées par l'arrêté précité. La disposition en projet doit dès lors figurer dans un article distinct, qu'il est préférable d'intégrer dans un nouveau chapitre 4/1 (« Contrôle »).

12. Conformément à l'article 15, § 5, en projet, les médecins généralistes bénéficiaires des interventions doivent autoriser les représentants du Collège réuni à accéder aux locaux et leur fournir tous les documents nécessaires à l'exercice de leur mission de contrôle.

12.1. Bien qu'il ne soit pas expressément mentionné que le droit d'accès précité concerne des domiciles au sens classique, il ressort de la jurisprudence de la Cour européenne des droits de l'homme que la notion de « domicile » au sens de l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'homme (CEDH) doit être interprétée au sens large et que, dans certaines circonstances, elle porte également sur les locaux professionnels et commerciaux⁷, même lorsqu'il s'agit de personnes morales⁸.

Il serait souhaitable que les auteurs du projet envisagent de prévoir des garanties particulières pour la visite non seulement de domiciles au sens classique, mais aussi de lieux qui, bien que ne correspondant pas à un « domicile » dans ce sens, entrent néanmoins dans le champ d'application des garanties visées dans la disposition de la convention précitée. Ainsi, le droit d'accès pourrait en principe être limité à certaines heures ou, éventuellement dans certaines circonstances, dépendre de l'autorisation délivrée par un juge, ce que la Cour constitutionnelle,

⁷ CEDH, 16 décembre 1992, *Niemietz c. Allemagne*, Publ. Cour, série A, vol. 251-B ; CEDH, 25 février 1993, *Funke, Crémieux et Mialhe c. France*, Publ. Cour, série A, Vol. 256-A, -B et -C ; CEDH, 9 décembre 2004, *Van Rossem c. Belgique* ; CEDH, 28 avril 2005, *Buck c. Allemagne*, CEDH, 2005-IV, § 32 ; CEDH, 14 mars 2003, *Bernh Larsen Holding AS et al. c. Norvège*, § 104. Voir également D. YERNAULT, « Les pouvoirs d'investigation de l'administration face à la délinquance économique: les locaux professionnels et l'article 8 de la Convention européenne », *Rev. trim. dr. H.*, 1994, pp. 117-104.

⁸ CEDH, 16 avril 2002, *Société Colas Est e.a. c. France* ; CEDH, 11 octobre 2005, *Kent Pharmaceuticals Limited e.a. c. Royaume-Uni* ; CEDH, 21 décembre 2010, *Société Canal Plus e.a. c. France* ; CEDH, 14 mars 2013, *Bernh Larsen Holding AS et al. c. Norvège*, § 104.

du moins dans un contexte pénal, considère comme une garantie particulière ⁹, ou une distinction pourrait être opérée en fonction des endroits visités.

12.2. En outre, lors de l'application de la disposition en projet, les auteurs du projet devront tenir compte du fait que le secret médical doit rester garanti.

Article 15

13. À l'article 16, § 1^{er}, 2^o, en projet, on n'aperçoit pas clairement à quels organismes ou personnes se rapporte le segment de phrase « ceux-ci gèrent » (« zij (...) beheren »).

Article 20

14. Il vaudrait mieux que l'entrée en vigueur de l'arrêté envisagé ne soit pas réglée en remplaçant la disposition d'entrée en vigueur initiale de l'arrêté royal du 23 mars 2012. En effet, on pourrait ainsi être porté à croire que l'arrêté initial n'est entré en vigueur que le 1^{er} janvier 2016. L'article 20 du projet doit dès lors être omis. L'entrée en vigueur de l'arrêté modificatif envisagé doit être réglée par une disposition d'entrée en vigueur autonome, insérée à la suite de l'actuel article 21 du projet et prévoyant que cet arrêté produit ses effets (et non : entre en vigueur) le 1^{er} janvier 2016.

Observation finale

15. L'arrêté en projet est dépourvu d'exécutoire.

DE GRIFFIER - LE GREFFIER

DE VOORZITTER - LE PRÉSIDENT

Annemie GOOSSENS

Wilfried VAN VAERENBERGH

⁹ C.C., 16 décembre 1998, n° 140/98, B.1.