

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF
LE PRÉSIDENT DE LA VI^e CHAMBRE SIÉGEANT EN RÉFÉRÉ
A R R Ê T

n° 246.394 du 12 décembre 2019

A. 229.623/VI-21.651

En cause : **l'association sans but lucratif Centre Hospitalier Chrétien,**
ayant élu domicile chez
M^e Bénédicte HENDRICKX, avocat,
rue de Nieuwenhove 14 A
1180 Bruxelles,

Partie intervenante :

**l'association sans but lucratif Association des Médecins
Hospitaliers de la Clinique Reine Astrid de Malmédy,**
ayant élu domicile chez
M^{es} Emmanuel GOURDIN et
Michel KAISER, avocats,
boulevard Louis Schmidt 56
1040 Bruxelles,

contre :

**l'Association pour l'exploitation de la
clinique Reine Astrid de Malmédy,**
ayant élu domicile chez
M^{es} Elisabeth KIEHL et
Eric LEMMENS, avocats,
boulevard de la Sauvenière 68/2
4000 Liège,

Parties intervenantes :

**1. le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle,
2. le Centre Hospitalier Universitaire de Liège,
3. le Centre Hospitalier Régional Verviers,
4. le Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye
5. la Clinique André Renard,
6. l'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège,
7. le Centre Hospitalier Régional de Huy,**
ayant élu domicile chez
M^e Anne FEYT, avocat,
rue de la Source 68
1060 Bruxelles.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 27 novembre 2019, l'association sans but

lucratif (A.S.B.L.) Centre Hospitalier Chrétien demande la suspension, selon la procédure d'extrême urgence, de l'exécution de "la décision prise le 20 novembre 2019 par le conseil d'administration de l'Association pour l'exploitation de la Clinique Reine Astrid de Malmédy de refuser de rejoindre le réseau hospitalier clinique locorégional auquel participe la requérante et de lui préférer celui de huit institutions, formé par le CHR de la Citadelle, le CHR de Verviers, le CHU de Liège, le Centre hospitalier du Bois de l'Abbaye, la Clinique André Renard, le CHR de Huy et Isosl".

II. Procédure

Par une ordonnance du 28 novembre 2019, l'affaire a été fixée à l'audience du 6 décembre 2019.

La note d'observations et le dossier administratif ont été déposés.

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

Par une requête introduite le 5 décembre 2019, le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, le Centre Hospitalier Universitaire de Liège, le Centre Hospitalier Régional Verviers, le Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye, la Clinique André Renard, l'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège et le Centre Hospitalier Régional de Huy demandent à être reçues en qualité des parties intervenantes.

Par une requête introduite le 5 décembre 2019, l'association sans but lucratif Association des Médecins Hospitaliers de la Clinique Reine Astrid de Malmédy demande à être reçue en qualité de partie intervenante auprès de la requérante.

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

M^e Bénédicte HENDRICKX, avocat, comparaisant pour la partie requérante, M^e Eric LEMMENS, avocat, comparaisant pour la partie adverse, M^e Anne FEYT, avocat, comparaisant pour les première à septième parties requérantes en intervention auprès de la partie adverse et M^e Emmanuel GOURDIN, avocat, comparaisant pour la partie requérante en intervention auprès de la partie requérante, ont été entendus en leurs observations.

M^{me} Claudine MERTES, premier auditeur au Conseil d'État, a été entendue en son avis conforme.

Il est fait application des dispositions relatives à l'emploi des langues, inscrites au titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. Exposé des faits utiles

Selon la relation qu'en donne la requérante, les faits utiles à l'examen de la demande sont les suivants:

- " 1. La partie requérante est une association sans but lucratif qui gère et exploite, notamment, six cliniques réparties sous deux numéros d'agrément hospitalier :
- A152 : Clinique Saint-Joseph Liège, Clinique Saint-Vincent Rocourt, Clinique de l'Espérance Saint-Nicolas et Clinique de Waremme;
 - A158 : Clinique de Hermalle-sous-Argenteau et Clinique de Heusy.
2. La Clinique Reine Astrid de Malmédy est gérée par une association de droit public régie par le chapitre XII de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'action sociale.

L'association pour l'exploitation de la clinique Reine Astrid de Malmédy (en abrégé CRA) existe depuis le 20 mai 2011. Elle ne comprend que deux membres : le CPAS de Malmédy et la Ville de Malmédy.

3. La loi du 28 février 2019 (Moniteur belge du 28 mars 2019, page 31503) modifie la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins pour prévoir, selon son intitulé, «le réseautage clinique des hôpitaux».

4. L'article 5 de la loi du 28 février 2019 précitée insère un article 14/1 dans la loi coordonnée du 10 juillet 2008, libellé de la manière suivante :

«Art. 14/1. Pour l'application de la présente loi coordonnée, il faut entendre par :

1° réseau hospitalier clinique locorégional : une collaboration dotée de la personnalité juridique, durable et juridiquement formalisée, agréée par les autorités compétentes pour la politique en matière de soins de santé en vertu des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution, entre au moins deux hôpitaux non psychiatriques, à l'exception des hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G), agréés distinctement au moment de la création du réseau hospitalier clinique locorégional qui se trouvent dans une zone géographiquement continue et qui proposent des missions de soins locorégionales de manière rationnelle et complémentaire;

2° missions de soins : les activités des hôpitaux liées à un service hospitalier, une fonction hospitalière, une section hospitalière, un appareillage médical lourd, un service médical, un service médico-technique ou un programme de soins;

3° missions de soins locorégionales : missions de soins qui doivent être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional;

4° missions de soins suprarégionales : missions de soins qui ne peuvent pas être proposées dans chaque réseau hospitalier clinique locorégional;

5° point de référence : l'hôpital qui propose une mission de soins suprarégionale.».

5. L'article 6 de la loi du 28 février 2019 précitée insère un article 14/2 dans la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

L'article 14/2, § 2, désigne l'autorité chargée d'agréer le réseau hospitalier à constituer.

En ce qui concerne la Région wallonne, l'article 14/2, § 2, alinéas 2, précise :

«Sur les maximum 8 réseaux visés à l'alinéa premier, 2°, 1 réseau, dans la mesure où les hôpitaux de ce réseau relèvent de la compétence d'agrément de la Communauté germanophone et de la Région wallonne, est agréé conjointement par ces autorités.

[...]».

6. L'article 41 de la loi du 28 février 2019 précise :

«L'article 2, 2°, entre en vigueur à la date fixée par le Roi par arrêté délibéré en conseil des ministres et au plus tard le 1^{er} janvier 2020.»

Il en résulte qu'au 1^{er} janvier 2020, tous les hôpitaux du pays doivent être intégrés à un réseau hospitalier clinique locorégional tel que défini à l'article 14/1, 1°, de la loi de 2008.

7. En 2014–2015, les hôpitaux de la Communauté germanophone (clinique Saint-Nicolas à Eupen et clinique Saint-Joseph à Saint-Vith) ont lancé une procédure visant à rechercher un partenaire privilégié.

Dans ce contexte, après procédure de sélection, le CHC a été retenu et constitue depuis le partenaire privilégié des hôpitaux qui se trouvent sur le territoire de la Communauté germanophone.

8. Dans le cadre de la constitution des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, chaque hôpital du pays a pris différents contacts.

9. En Province de Liège, deux projets de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux ont pris forme :

- un réseau autour du CHU de Liège ;
- un autre réseau auquel appartient la clinique Saint-Joseph à Saint-Vith, la clinique Saint-Nicolas à Eupen et le CHC de Liège (et ses six hôpitaux).

10. Des discussions ont été mises en œuvre entre les représentants de ces deux réseaux en projet avec :

- le centre hospitalier régional de Verviers (CHRV) ;
- la clinique Reine Astrid de Malmédy.

11. Le jeudi 7 novembre 2019, le Conseil d'Administration du CHRV a décidé d'intégrer le réseau auquel participe le CHU de Liège.

12. Dans le cadre de la recherche d'un partenaire de réseau, la clinique Reine Astrid de Malmédy a noué des contacts avec le CHU de Liège, le CHC, et, d'après les informations en possession de la requérante, le CHR de Liège. Chaque candidat a été invité à remettre un dossier.

13. Après avoir fait l'objet de plusieurs reports, la décision du Conseil d'Administration de la clinique Reine Astrid de Malmédy a été annoncée pour le 20 novembre 2019 en soirée.

14. Le 18 novembre 2019, le Conseil d'Administration de la partie requérante a adressé au Conseil d'Administration de la clinique Reine Astrid un courrier visant à le mettre en garde sur la légalité de sa composition au regard de la loi du 8 juillet 1976 telle que notamment modifiée par le décret du 29 mars 2018 modifiant le Code de la Démocratie locale et de la Décentralisation en vue de renforcer la gouvernance et la transparence dans l'exécution des mandats publics au sein des structures locales et *supra*-locales et de leurs filiales et par le décret du 18 juillet 2018 portant des mesures diverses pour les matières réglées en vertu de l'article 138 de la Constitution.

Par ce courrier, la partie requérante souhaitait s'assurer de la légalité de la décision à intervenir le 20 novembre [2019]. Ce courrier du 18 novembre [2019] est rédigé de la manière suivante :

[...].

Apparemment, la partie adverse n'a réservé aucune suite à cette correspondance.

15. Le 20 novembre 2019, le Conseil d'Administration de la partie adverse a décidé de rejoindre le réseau auquel appartient notamment le CHU de Liège et, par voie de conséquence de ne pas rejoindre le réseau de la partie requérante. Il s'agit de l'acte attaqué".

IV. Requêtes en intervention

Par une requête introduite le 5 décembre 2019, le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, le Centre Hospitalier Universitaire de Liège, le Centre Hospitalier Régional Verviers, le Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye, la Clinique André Renard, l'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège et le Centre Hospitalier Régional de Huy demandent à être reçues en qualité de parties intervenantes.

En tant qu'ils forment le réseau hospitalier clinique locorégional que la partie adverse a décidé de rejoindre, en adoptant l'acte attaqué, ces requérants ont un intérêt suffisant à intervenir dans la présente procédure.

Par une autre requête introduite le 5 décembre 2019, l'association sans but lucratif Association des Médecins Hospitaliers de la Clinique Reine Astrid de Malmédy, demande à intervenir dans la procédure en référé d'extrême urgence auprès de la requérante.

Compte tenu de ce que l'acte attaqué est susceptible d'avoir des conséquences sur les intérêts professionnels des médecins de la clinique Reine Astrid de Malmédy, cette association est recevable à intervenir au soutien de la requête, dans la présente procédure.

A ce stade de la procédure, les deux requêtes en intervention doivent, en conséquence, être accueillies.

V. Urgence

V.1. Thèse de la requérante

Après avoir mentionné les dispositions qu'elle estime pertinentes et cité de la jurisprudence y relative, la requérante fait valoir ce qui suit sous le titre "V. Exposé relatif à l'urgence et l'extrême urgence" de sa requête:

" Après avoir tenté d'obtenir la copie du procès-verbal de cette réunion, le 22 novembre, le conseil de la partie requérante s'est adressé au président du Conseil d'Administration de la partie adverse afin d'obtenir la copie du procès-verbal de la réunion. Au moment de rédiger la présente requête, le procès-verbal de la réunion ne lui a pas encore été transmis (voir pièces 10 et 11 du dossier de la requérante).

En introduisant sa requête six jours après la prise de connaissance de l'existence de la décision, la partie requérante a fait preuve de diligence.

Comme il a été rappelé dans l'exposé des faits, au 1^{er} janvier 2020, l'ensemble des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux du pays doivent être créés.

Dans la mesure où la partie requérante ignorait, jusqu'au 7 novembre 2019, à quel réseau allait participer le CHRV et, jusqu'au 20 novembre 2019, la décision de la partie adverse à ce sujet, les opérations de constitution du réseau (choix de la forme juridique, rédaction des statuts,...), n'ont pas pu débuter.

Il est en effet inconcevable d'organiser les relations entre partenaires d'un futur réseau autrement que de manière totalement participative.

Les modalités de fonctionnement du réseau doivent être définies, *ex nihilo*, dans un processus associant l'ensemble des partenaires du réseau qui se voient ainsi chargés, dès le départ, de construire un projet commun et non d'adhérer à un processus déjà bien engagé entre les partenaires qui se sont décidés plus rapidement.

Pour que les modalités de fonctionnement et d'organisation du réseau soient fixées entre tous les partenaires de celui-ci avant le 1^{er} janvier 2020, le traitement de l'affaire dans le cadre d'une procédure en suspension ordinaire n'est pas envisageable.

Comme il a été rappelé ci-dessus, l'article 41 de la loi du 28 février 2019 précise que la partie requérante et la clinique Reine Astrid de Malmédy (notamment) doivent avoir fait choix du réseau hospitalier clinique locorégional auquel elles souhaitent appartenir pour le 31 décembre. Le choix du réseau n'est cependant pas la seule chose à faire d'ici le 31 décembre.

Le 20 novembre 2019, par voie de circulaire reçue le 21 novembre 2019, Madame la Ministre wallonne de la Santé publique s'est adressée aux directions des institutions hospitalières au sujet des réseaux hospitaliers.

Cette circulaire dont la partie requérante joint une copie à son dossier (voir pièce n° 8), est structurée de la manière suivante :

«Cadre légal.

Madame la Ministre expose l'état actuel du droit wallon permettant d'agréer, pour le 1^{er} janvier 2020, les réseaux locorégionaux.

- Questionnaire relatif à une demande d'agrément d'un réseau hospitalier clinique locorégional.».

Cette circulaire précise notamment ce qui suit :

«Compte tenu des délais extrêmement réduits pour parvenir à l'agrément des réseaux, j'ai décidé de ne pas attendre l'adoption des nouvelles mesures légales pour lancer l'appel relatif à l'agrément des réseaux aux hôpitaux, mais de le faire concomitamment à ces démarches.».

Madame la Ministre transmet ainsi à chaque hôpital un questionnaire (annexé à son envoi du 20 novembre) qui doit être renvoyé, au plus tard le 31 décembre 2019 et signé par l'ensemble des gestionnaires des hôpitaux membres du réseau.

Cette circulaire précise encore :

«Aucun report de délai ne pourra être accordé étant donné que la demande d'agrément doit être parvenue à l'Administration avant le 1^{er} janvier 2020.».

Madame la Ministre expose ensuite que la décision d'agrément des réseaux interviendra après proposition reçue de l'administration dans les deux mois de la réception du dossier complet et prendra cours rétroactivement au 1^{er} janvier 2020, date à laquelle l'obligation pour chaque hôpital général de faire partie d'un réseau hospitalier clinique locorégional entrera en vigueur conformément à la loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 18 juillet 2008 sur les hôpitaux et les autres établissements de soins en ce qui concerne le réseautage clinique des hôpitaux.

Le questionnaire annexé à la lettre de Madame la Ministre précise les documents qui doivent être communiqués à l'initiative conjointe des gestionnaires de tous les hôpitaux participant au réseau :

- « - Convention de collaboration
- Mémoire
- Accord du Conseil d'Administration et avis du Conseil médical sur la convention de collaboration et le mémoire fourni,
- S'ils ont déjà été établis : les statuts de la nouvelle entité juridique.».

Le canevas de mémoire à compléter est également joint au courrier de Madame la Ministre et impose aux hôpitaux, membres du réseau, de s'expliquer sur les éléments suivants :

- Liste des hôpitaux partenaires,
- Offre actuelle de soins du réseau,
- Zone géographique – bassin de desserte (commune concernée, nombre d'habitants, parts de marché, nombre d'admissions annuelles, identification des communes faisant partie de la zone géographique avec lesquelles les hôpitaux ont des liens forts) ;
- Organe de gestion (composition, mission, mission complémentaire),
- Médecin chef de réseau : identité, composition du collège des médecins chefs du réseau,
- Conseil médical de réseau, composition,
- Organes communs éventuels.

L'ampleur de la tâche, pour répondre à la demande formulée dans cette circulaire dans les temps requis, est considérable.

Le temps imparti est, quant à lui, extrêmement limité.

Le travail de constitution d'un réseau doit nécessairement se faire entre tous les partenaires de ce réseau. Il est inconcevable de ne pas associer l'ensemble des partenaires d'un réseau à la totalité de la démarche et ce, depuis son point de départ.

Comme le précise l'article 14/1 inséré par la loi du 28 février 2019 dans la loi du 10 juillet 2008, le réseau hospitalier clinique régional est une collaboration durable et formalisée.

Si la loi précise que la collaboration des hôpitaux au sein des réseaux doit être durable et formalisée, c'est certes en tenant compte de la complexité que représente la création des réseaux (tant pour les hôpitaux eux-mêmes que pour l'administration).

Le caractère nécessairement durable et formalisé d'un réseau de soins tient également au fait que les réseaux locorégionaux constituent le nouveau modèle d'organisation des soins en Belgique. On peut ainsi lire dans les travaux préparatoires de la loi de 2019 :

Les réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux sont le nouveau centre de gravité dans l'organisation du paysage hospitalier. Les hôpitaux généraux individuels ont l'obligation de s'organiser en maximum 25 réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux garantissant les soins hospitaliers locorégionaux. Par soins locorégionaux, il faut entendre les missions de soins qui, pour diverses raisons (prévalence, faible coût, urgence, ...), doivent/peuvent être proposées à proximité du domicile de chaque patient. Le réseau hospitalier clinique locorégional est, en d'autres termes, un lien de collaboration durable dans lequel les hôpitaux harmonisent l'offre médicale générale, en tenant compte des besoins du patient.

Il n'est donc pas envisageable de mettre en place des réseaux dont le périmètre change à court terme. Ce qui confirme encore le préjudice grave subi par la requérante.

Les missions confiées à un réseau hospitalier clinique locorégional sont énoncées à l'article 17/2 tel qu'inséré dans la loi de 2008 par la loi du 28 février 2019.

«Art. 17/2. La gestion du réseau hospitalier clinique locorégional englobe les missions suivantes :

- 1° la prise des décisions stratégiques en ce qui concerne l'offre de missions de soins locorégionales;
- 2° la coordination de l'offre de missions de soins générales et spécialisées entre les hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional;
- 3° la garantie de l'accessibilité de toutes les missions de soins locorégionales à tous les patients nécessitant les soins hospitaliers en question;
- 4° le choix des points de référence pour les missions de soins suprarégionales en dehors du réseau hospitalier clinique locorégional, la définition des modalités d'adressage et de renvoi et la conclusion des accords de collaboration avec ces points de référence;
- 5° la formulation d'une politique d'admission pour le réseau hospitalier clinique locorégional, garantissant notamment que le patient recevra les soins adaptés à ses besoins;
- 6° la formulation d'accords visant à répartir les tâches et le travail, en ce compris les modalités d'adressage et de renvoi, pour les soins des patients au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, en vue d'assurer la continuité des soins au sein du réseau hospitalier clinique locorégional;
- 7° la fixation d'accords écrits sur la mise à disposition de moyens, notamment

financiers, nécessaires à l'exécution des missions du réseau hospitalier clinique locorégional;
8° la concertation sur les matières soumises à discussion au niveau du réseau par les hôpitaux faisant partie du réseau.

La gestion du réseau hospitalier clinique locorégional prend les décisions de gestion visées à l'alinéa 1^{er} en respectant les dispositions et procédures spécifiques prévues au titre IV. Les décisions relatives à la mission visée à l'alinéa 1^{er}, 1^o, doivent être adoptées à la majorité des deux tiers des membres disposant du droit de vote de la gestion du réseau hospitalier clinique locorégional.

Les décisions prises en application de l'alinéa 1^{er} sont contraignantes pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional.».

Pour accomplir leurs missions, les hôpitaux reçoivent une couverture financière allouée par le SPF Santé publique : le budget des moyens financiers.

L'article 27 de la loi du 28 février 2019 insère un article 96/1 dans la loi de 2008 qui autorise le Ministre qui a la santé publique dans ses attributions à fixer un budget des moyens financiers distinct pour un réseau hospitalier clinique locorégional.

Les travaux préparatoires de la loi de 2019 confirment que le budget des moyens financiers sera, à terme, fixé par réseau :

«Afin d'encourager et de soutenir la réalisation du paysage hospitalier souhaité, une maîtrise de l'offre hospitalière et une révision de financement des hôpitaux sont également nécessaires. Ces instruments ne font toutefois pas partie du présent projet de loi.

[...]».

À côté du financement des hôpitaux, la programmation des appareillages médicaux, la répartition de certaines prises en charges spécialisées,... interviendront aussi sur base des réseaux hospitaliers et non plus des hôpitaux en tant que tels. Cette programmation sera basée sur différents critères.

Votre Conseil pourra avoir égard à la note conceptuelle éditée par la Ministre de la santé le 18 mai 2017 dont sont extraits les passages suivants qui démontrent que :

- la population (= nombre d'habitants concernés), la prévalence de la maladie au sein de celle-ci, la dispersion géographique de l'offre pourraient être demain des critères de programmation :

Les critères possibles ne concernent pas uniquement la fixation d'un nombre (maximum) de lits, d'hôpitaux, de centres et services, mais peuvent aussi s'exprimer en nombres par rapport aux données démographiques, par entité fédérée, par type d'hôpital,... Pour ce faire, on tient compte ou non des chiffres de la population, de la pyramide des âges de la population, de l'incidence et la prévalence de la pathologie, de la dispersion géographique de l'offre, de l'infrastructure et de l'équipement requis, de l'équipe multidisciplinaire nécessaire, ou de l'expertise spécialisée et scientifique pour une activité minimale axée sur l'efficacité et la qualité... (note, point 5.2.1)

- le retrait d'un agrément faute de réponse aux critères engendrera d'abord un démantèlement de l'activité concernée :

Une programmation définira le nombre de points de référence par offre de soins suprarégionale pour l'ensemble du pays. Elle définira également quelles sont les caractéristiques de base que les hôpitaux doivent respecter pour devenir point de référence pour cette offre de soins. Pour un certain nombre de ces missions de

soins, il est possible que le nombre d'hôpitaux qui proposent déjà cette offre de soins actuellement, soit supérieur au nombre qui sera programmé. Dans ce cas, une période transitoire est prévue en fonction du démantèlement des services/départements qui ne répondent plus aux critères et tombent donc en dehors du programme pour la maîtrise de l'offre. (note, point 3)

- le retrait d'un agrément faute de réponse aux critères engendrera ensuite une baisse des revenus, dans certains cas, immédiate :

Selon la source de financement, le moment de l'impact sur les revenus variera : dans l'immédiat, lors du prochain calcul du BMF ou au moment de recalculer dans 2 ou 3 ans, à savoir au moment où le (nouveau) mix de pathologies, la charge des soins infirmiers, etc. seront pris en compte pour recalculer le BMF [...].

En outre, l'ampleur de l'impact sur les revenus varie : le financement peut être déplacé intégralement ou partiellement en même temps que l'activité.

Dans tous les cas, l'hôpital ayant une activité supplémentaire (A) ou réduite (B) suite aux accords relatifs à la répartition des tâches notera dans l'immédiat, respectivement, une hausse ou une baisse dans la facturation d'honoraires, de médicaments, d'implants et dispositifs médicaux ainsi que de forfaits journaliers. (note, point 6)

Les hôpitaux, dont la partie requérante, ont donc intérêt à voir le bassin de la population couverte par le réseau auquel ils participent le plus grand possible.

La décision dont la suspension est sollicitée, qui prive le réseau auquel appartient la requérante d'un bassin de population, a des implications tant sur le plan de l'offre de soins que, concomitamment, du financement. Elle porte gravement préjudice à la partie requérante.

De nombreuses spécialités médicales sont en pénurie. L'attractivité d'un hôpital à l'égard d'un médecin se mesure notamment au regard des pathologies qui y sont traitées. Dans ce contexte, plus un hôpital se verra reconnaître de nombreuses fonctions de soins, plus il sera attractif. La décision dont la suspension est sollicitée est ainsi de nature à causer préjudice à la partie requérante.

Dès l'annonce, par Madame la Ministre fédérale de la Santé, de son souhait de construire dorénavant le paysage hospitalier belge sur la base d'un maximum de 25 réseaux, elle a signalé que ces réseaux devaient être équilibrés et compter, chacun, un bassin de soins de l'ordre de 400 à 500.000 habitants.

A cet égard, on peut lire dans l'exposé des motifs du projet de loi ce qui suit :

«À l'article 14/2, le nombre maximal de réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux est fixé à 25 dans la loi sur les hôpitaux. Il s'agit d'un choix politique qui, par ailleurs, a déjà été approuvé au Conseil des ministres du 21 octobre 2016. Le principe à cet égard était toutefois qu'un réseau doit avoir une échelle d'environ 400 000 à 500 000 patients potentiels pour une organisation efficace des missions de soins locorégionales. Il a été décidé cependant de ne pas donner d'ancrage légal à cette échelle afin de pouvoir tenir compte de la densité démographique de régions spécifiques (qui nécessitent des réseaux de plus grande ou plus petite échelle). En optant pour un maximum de 25 réseaux, il est néanmoins envoyé comme signal que, compte tenu des chiffres de population de la Belgique, l'échelle "moyenne" d'un réseau hospitalier clinique locorégional doit être d'environ 400 000 à 500 000 patients potentiels.

En vue d'un étalement équilibré et de soins de santé accessibles, une

concertation préalable a été menée dans le cadre de la Conférence interministérielle Santé publique sur leur répartition entre les différentes entités fédérées. Cette concertation se poursuit et l'avis du Conseil d'État préconisant la subdivision du nombre maximum de réseaux n'est donc pas suivi. Les réseaux seront de préférence créés conjointement et simultanément sur l'ensemble du pays.».

C'est dans ce contexte que le réseau hospitalier reçoit la mission de gérer en son sein l'offre de mission de soins locorégionale.

Le réseau auquel participe le CHC compte aujourd'hui la clinique d'Eupen et la clinique de Saint-Vith.

L'article 14/3 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 impose qu'une zone géographique couverte par un réseau hospitalier clinique locorégional soit de forme continue. La participation de la clinique de Malmédy à ce réseau permet de renforcer le trait d'union entre la clinique de Heusy, gérée par la partie requérante, et les cliniques d'Eupen et de Saint-Vith.

Dans ce contexte, le choix, par la clinique de Malmédy, de constituer un réseau avec le CHU de Liège porte gravement préjudice à la partie requérante, d'une part, immédiatement dans le cadre des missions qui s'imposent au futur réseau avant le 31 décembre 2019 (création du réseau et réponse aux demandes de la Ministre du 20.11.2019) et, d'autre part, après le 31 décembre 2019, dans le cadre de la gestion de l'offre de soins.

Il en va d'autant plus ainsi que le conseil médical de la partie adverse a relevé dans son avis du 7 novembre 2019 (voir pièce n° 6) que la proposition financière et de gouvernance de la partie requérante est sans conteste la meilleure et s'est prononcé en faveur d'une alliance avec son réseau.

Un réseau hospitalier couvrant une population plus importante pourra bénéficier d'une programmation majorée, notamment en ce qui concerne les appareillages lourds.

La clinique Reine Astrid de Malmédy couvre un bassin de population de 28 000 habitants environ. La décision entreprise a pour conséquence de priver la requérante de participer à un réseau qui couvre ce bassin de population aussi et d'augmenter, à due concurrence, son importance relative dans le paysage hospitalier, tout en assurant la continuité géographique avec les cliniques d'Eupen et de Saint-Vith.

Ces inconvénients sont d'une gravité suffisante pour que l'on ne puisse attendre l'issue d'une procédure en annulation ni même d'une procédure en suspension ordinaire compte tenu de la nécessité de procéder aux opérations de création du réseau avant le 1^{er} janvier 2020.

En suspendant l'exécution de l'acte attaqué selon la procédure d'extrême urgence, une nouvelle décision du conseil d'administration composé de manière légale favorable à la partie requérante pourrait encore intervenir dans un délai permettant de respecter l'échéance légale du 1^{er} janvier 2020. Par contre, la refonte et la création d'un nouveau réseau avec d'autres hôpitaux s'avère aujourd'hui impossible compte tenu du délai extrêmement court qui subsiste jusqu'au 1^{er} janvier 2020. Il est pour le moins extrêmement grave pour la requérante d'être face à une décision qui l'affecte directement et durablement d'autant qu'elle a été adoptée par une autorité incompétente sans prise en considération de l'avis du conseil médical. La mise en œuvre d'un acte administratif adopté par une autorité incompétente constitue en soi un risque de préjudice grave difficilement réparable (C.E., Van Zeebroeck et crts, 223.390 du 6 mai 2013).

Les conditions de l'urgence et de l'extrême urgence sont par conséquent réunies".

V.2. Appréciation du Conseil d'État

En vertu de l'article 17, § 1^{er}, alinéa 2, 1^o, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, la suspension de l'exécution d'un acte peut être ordonnée à tout moment s'il existe une urgence incompatible avec le traitement de l'affaire en annulation.

L'urgence requise en vertu de cette disposition, et dont le requérant est tenu de justifier, suppose qu'il y ait une crainte sérieuse d'un dommage grave, voire irréparable, qu'il subirait s'il devait attendre l'issue de la procédure en annulation. Cette crainte doit porter sur une atteinte aux intérêts dont le requérant se prévaut. Il faut, en outre, que le requérant ait fait toute diligence pour saisir le Conseil d'État afin de prévenir utilement le dommage qu'il craint.

L'article 8, alinéa 1^{er}, 4^o, de l'arrêté royal du 5 décembre 1991 déterminant la procédure en référé devant le Conseil d'État dispose par ailleurs que la demande de suspension contient "un exposé des faits qui, selon le requérant, justifient l'urgence de la suspension [...] demandée [...]".

Il s'en déduit que la charge de la preuve de l'urgence incombe au requérant et que cette preuve doit être apportée dans ou avec la demande de suspension.

En l'espèce, il s'impose avant tout de constater que, de manière générale, les inconvénients qui – selon la requête – résulteraient de l'exécution de l'acte attaqué apparaissent affecter le réseau à constituer par la requérante (à tout le moins avec la clinique Saint-Joseph à Saint-Vith et la clinique Saint-Nicolas à Eupen), bien plus que la requérante elle-même en ses intérêts personnels. De ce que les inconvénients pris en compte pour établir l'urgence requise en vertu de l'article 17, § 1^{er}, alinéa 2, 1^o, des lois sur le Conseil d'État précitées doivent être propres au requérant et le toucher en ses intérêts personnels, il s'ensuit que ceux dont fait état la requérante ne seront examinés ci-après que dans la mesure où ils pourraient l'affecter personnellement. Pour cette raison, ne peuvent d'ores et déjà être pris en considération les développements de la requête relatifs à d'éventuelles difficultés que rencontrerait un réseau à créer par la requérante pour satisfaire à des exigences en matière de continuité géographique ou de taille (à atteindre par référence à un ordre d'importance de population de patients potentiels).

Si les développements de la requête relatifs à la proximité de l'échéance du 1^{er} janvier 2020 et aux conséquences pratiques de celle-ci dans la perspective de la

constitution des réseaux hospitaliers locorégionaux tendent à démontrer – non pas (uniquement) l'extrême urgence visée à l'article 17, § 4, des lois sur le Conseil d'Etat, mais bien – l'urgence au sens de l'article 17 § 1^{er}, alinéa 2, 1^o, précité, ils doivent être compris en ce sens que l'inconvénient redouté par la requérante consisterait en ce que l'exécution de l'acte attaqué l'empêcherait de s'acquitter des obligations qui s'imposent à elle en vue de la constitution desdits réseaux. Or, il y a lieu d'observer que l'exécution de l'acte attaqué n'empêche nullement la requérante de constituer un réseau (à tout le moins avec la clinique Saint-Joseph à Saint-Vith et la clinique Saint-Nicolas à Eupen) et d'accomplir les démarches et formalités qui lui sont imposées à cette fin. Certes ne s'agit-il pas du réseau qu'elle souhaitait ouvrir à la partie adverse, mais la requérante n'établit ni que toute modification ultérieure de réseaux (qui pourrait, le cas échéant, être envisagée à la suite d'une annulation de l'acte attaqué) serait interdite ni qu'une modification ultérieure lui causerait des difficultés d'une gravité telle qu'elles représenteraient un inconvénient susceptible d'établir l'urgence en vue d'une suspension de l'exécution de l'acte attaqué. A cet égard, l'Association des Médecins Hospitaliers de la Clinique Reine Astrid de Malmedy ne peut être suivie lorsqu'elle soutient que "si le réseau suppose une convention de collaboration, le droit de sortir d'un réseau supposera, *a priori*, l'accord de tous les membres du réseau". Cet argument repose sur une hypothèse que rien ne permet de vérifier, la forme juridique du futur réseau n'étant pas connue au stade de l'examen de la présente demande de suspension.

S'agissant de l'incidence que pourrait avoir l'exécution de l'acte attaqué sur le financement des hôpitaux, sur la programmation des appareillages médicaux ou encore sur la répartition de certaines prises en charges spécialisées, force est de constater que, pour l'invoquer, la requérante prend appui sur des perspectives d'évolution qu'elle estime pouvoir déceler dans les travaux préparatoires de la loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, ou dans une " Note conceptuelle " établie par la ministre de la santé le 18 mai 2017, ce qui – comme l'a observé la partie adverse en termes de plaidoiries – ne peut, tout au plus, rendre compte que de la réflexion du législateur à un moment donné, réflexion non encore suivie d'effet. Outre qu'aucun élément concret n'est présenté, qui permettrait d'en évaluer l'importance et, partant, la gravité pour la requérante, cette incidence ainsi alléguée n'apparaît être qu'hypothétique.

A supposer que soit en jeu, comme le soutient la requérante, l'attractivité des établissements de la requérante elle-même (indépendamment de l'attractivité d'un réseau à constituer), il s'impose d'observer – comme paraît d'ailleurs le reconnaître la requérante elle-même, à la page 21 de sa requête – que cette attractivité peut être conditionnée par des éléments divers, et pas uniquement par l'importance du bassin

de population couvert ou le nombre de fonctions reconnues (dont il n'est d'ailleurs pas établi à suffisance qu'il pourrait être affecté en l'espèce, pour les raisons qui viennent d'être exposées). Rien ne permet – à la lecture de la requête – d'évaluer l'importance des effets éventuels de l'exécution de l'acte attaqué sur l'attractivité des établissements hospitaliers de la requérante et, partant, de reconnaître la gravité de ces effets pour celle-ci.

Enfin, ne répond pas à l'exigence de démonstration concrète de l'urgence au sens de l'article 17 § 1^{er}, alinéa 2, 1^o, tel qu'applicable en l'espèce, la seule invocation, dans les termes très généraux de la requête, d'un arrêt duquel la requérante estime pouvoir déduire que la "mise en oeuvre d'un acte administratif adopté par une autorité incompétente constitue en soi un risque de préjudice grave difficilement réparable".

Il ressort de ces considérations qu'au vu de la requête, la condition d'urgence qu'il y aurait à statuer sur la présente demande de suspension n'est pas remplie.

L'une des conditions requises par l'article 17, § 1^{er}, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973, pour que celui-ci puisse ordonner la suspension de l'exécution de l'acte attaqué fait défaut. La demande de suspension ne peut en conséquence être accueillie, et ce sans qu'il faille examiner d'autres causes éventuelles de rejet de cette demande.

VI. Indemnité de procédure et autres dépens

La partie adverse sollicite la condamnation de la requérante au paiement de l'indemnité de procédure de base de 700 euros.

À l'audience du 6 décembre 2019, la requérante n'a fait état d'aucun élément dont le Conseil d'État pourrait tenir compte pour réduire le montant de l'indemnité fixée.

Il y a lieu, en conséquence, de faire droit à la demande d'indemnité de procédure de la partie adverse.

Le rejet de la demande de suspension justifie, par ailleurs, que les autres dépens soient laissés respectivement aux parties requérante et intervenantes pour ce qui les concerne.

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

Article 1^{er}.

La requête en intervention introduite par le Centre Hospitalier Régional de la Citadelle, le Centre Hospitalier Universitaire de Liège, le Centre Hospitalier Régional Verviers, le Centre Hospitalier Bois de l'Abbaye, la Clinique André Renard, l'Intercommunale de Soins Spécialisés de Liège et le Centre Hospitalier Régional de Huy, est accueillie à ce stade de la procédure.

Article 2.

La requête en intervention introduite par l'association sans but lucratif Association des Médecins Hospitaliers de la Clinique Reine Astrid de Malmédy est accueillie à ce stade de la procédure.

Article 3.

La demande de suspension d'extrême urgence est rejetée.

Article 4.

L'exécution immédiate du présent arrêt est ordonnée.

Article 5.

Conformément à l'article 3, § 1^{er}, alinéa 2, de l'arrêté royal du 5 décembre 1991 déterminant la procédure en référé devant le Conseil d'État, le présent arrêt sera notifié par télécopieur aux parties n'ayant pas choisi la procédure électronique.

Article 6.

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

Les intervenantes supportent, chacune pour ce qui la concerne, le droit de 150 euros lié à leurs interventions respectives.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre
siégeant en référé, le douze décembre deux mille dix-neuf par :

David DE ROY,
Katty LAUVAU,

conseiller d'État, président f.f.,
greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Katty LAUVAU

David DE ROY