

CONSEIL D'ETAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

A R R E T

n° 171.826 du 5 juin 2007

G./A.181.147/VI-17.376

En cause : **1. le CONSEIL MEDICAL du Centre Hospitalier Régional de Namur,**
2. le Docteur L. KAPENDA,
3. le Docteur G. VANDERMOTEN,

ayant élu domicile chez
Me Evelyne DEMARTIN, avocat,
place Van Meenen, n° 14,
1060 Bruxelles,

contre :

1. la Région wallonne,
représentée par son Gouvernement,

ayant élu domicile chez
Me Didier PIRE, avocat,
rue de Joie, n° 56,
4000 Liège,

2. le Centre Hospitalier Régional de Namur,

ayant élu domicile chez
Mes Patrick THIEL et Nathalie STOESSEL, avocats,
chaussée de la Hulpe, n° 178,
1170 Bruxelles.

--

LE PRESIDENT F.F. DE LA VI^e CHAMBRE DU CONSEIL D'ETAT,
SIEGEANT EN REFERE,

Vu la demande introduite le 19 février 2007 par laquelle le CONSEIL MEDICAL du Centre Hospitalier Régional de Namur, le docteur L. KAPENDA et le docteur G. VANDERMOTEN demandent la suspension de l'exécution de :

- " - la décision de la Ministre de la Santé, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances en Région wallonne du 15 décembre 2006 par laquelle elle marque son accord «sur l'insertion dans la programmation de 24 lits Sp (locomoteurs), obtenus par reconversion de 33 lits C-D (32,87 : règle de reconversion : 1 lit C-D = 0,73 lits SP) agréés précédemment» au CHRN";

- la décision du gestionnaire du CHRN de procéder à la reconversion de lits C et D en lits Sp locomoteurs, laquelle est matérialisée en tout cas dans la demande adressée à ce propos à la Ministre de la Santé, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances en Région wallonne le 27 juillet 2006";

Vu la requête introduite le même jour par les mêmes parties requérantes qui demandent l'annulation des mêmes décisions;

Vu les notes d'observations et les dossiers administratifs des parties adverses;

Vu le rapport de M. BOSQUET, Auditeur au Conseil d'Etat;

Vu l'ordonnance du 15 mai 2007 fixant l'affaire à l'audience du 1^{er} juin 2007 à 10 heures;

Vu la notification du rapport et de l'ordonnance de fixation aux parties;

Entendu, en son rapport, M. LEWALLE, Conseiller d'Etat, Président f.f.;

Entendu, en leurs observations, Me Emmanuel JACUBOWITZ, loco Me Evelyne DEMARTIN, avocat, comparaisant pour les parties requérantes, Me Michèle WILLEMET, loco Me Didier PIRE, avocat, comparaisant pour la première partie adverse et Me Patrick THIEL, avocat, comparaisant pour la seconde partie adverse;

Entendu, en son avis conforme, M. BOSQUET, Auditeur;

Vu le titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'Etat, coordonnées le 12 janvier 1973;

Considérant que les faits utiles à l'examen de la demande sont les suivants :

1. Le Centre Hospitalier Régional de Namur (en abrégé le CHRN) est géré par l'association de pouvoirs publics SOLIDARITE ET SANTE, association du Centre public d'action sociale de Namur et de la Province de Namur, régie par la loi organique des centres publics d'action sociale du 8 juillet 1976.

2. Le CHRN est agréé pour les services suivants, qui, ensemble, totaliseraient 428 lits:

- un service de diagnostic et de traitement chirurgical (index C), dont l'agrément porterait sur 116 lits;
- un service de diagnostic et de traitement médical (index D), dont l'agrément porterait sur 116 lits;
- un service de soins intensifs, dont l'agrément porterait sur 24 lits;
- un service de gériatrie (index G), dont l'agrément porterait sur 60 lits;
- un service des maladies infantiles (index E), dont l'agrément porterait sur 27 lits;
- un service de maternité (index M), dont l'agrément porterait sur 40 lits;
- un service de la néonatalogie intensive (index NIC), dont l'agrément porterait sur 15 lits;
- un service-neuropsychiatrique d'observation et de traitement (index A), dont l'agrément porterait sur 30 lits.

Le CHR de Namur ne dispose pas d'un agrément pour un service de traitement et de revalidation (index Sp) spécialisé plus particulièrement pour les affections locomotrices. Depuis plusieurs années, le CHRN transfère ses patients nécessitant un tel accompagnement vers d'autres hôpitaux de sa région, avec lesquels des accord sont conclus.

3. Le CHRN estime que ces transferts ne sont pas profitables aux patients, outre le fait qu'ils entraînent une diminution du nombre de ceux-ci.

Le CHRN estime que le taux d'occupation de ses lits en médecine et en chirurgie a diminué, qu'un lit insuffisamment occupé n'est pas financé par le Budget des moyens financiers, et que le taux d'occupation actuel est de 73% alors qu'il devrait être de 80% pour pouvoir faire face aux différentes charges, entre autres salariales.

4. Dans le cours du premier trimestre de 2006, il est apparu que plusieurs lits Sp étaient disponibles dans la programmation hospitalière en Région wallonne. A cette occasion, plusieurs médecins de l'hôpital ont émis le souhait de créer un service de revalidation locomotrice.

5. En juin 2006, le Conseil médical a accepté d'introduire une demande, à titre conservatoire et avant le 30 juin 2006, tendant à inscrire des lits Sp dans la programmation.

6. Le 27 juillet 2006, le président du Comité de gestion du CHRN a adressé la demande suivante à la Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des Chances:

" Concerne : demande d'agrément de 30 lits Sp (locomoteurs - S 2)

Notre agrément porte sur 428 lits répartis en 116 lits d'indice C, 116 lits d'indice D, 24 lits d'indice C + D (soins intensifs), 60 lits d'indice G, 27 lits d'indice E, 40 lits d'indice M, 15 lits d'indice NIC et 30 lits d'indice A.

Or, il s'avère qu'actuellement nous connaissons une diminution du taux d'occupation en médecine et chirurgie mais devons transférer à l'extérieur nombre de patients en revalidation, ce qui justifierait l'ouverture au CHRN d'une unité de Revalidation locomoteurs (lits Sp - S 2) de 30 lits.

C'est la raison pour laquelle nous formulons une demande d'agrément de 30 lits d'indice Sp (S 2) par conversion de 41 lits de Chirurgie ou Médecine.

Nous joignons en annexe notre étude établissant le besoin de notre Institution.

Nous sommes à votre disposition pour toute information complémentaire que vous souhaiteriez".

Les requérants y voient la matérialisation d'une "décision du gestionnaire du CHRN de procéder à la reconversion de lits C et D en lits Sp locomoteurs", laquelle constitue le second acte attaqué.

7. La question a été mise à l'ordre du jour du Comité permanent de concertation de l'hôpital, en sa séance du 12 septembre 2006, dans lequel il est indiqué qu'il y avait urgence à ce qu'une demande de reconversion de lits de médecine et de chirurgie en lits de revalidation Sp - S 2 locomoteurs fût introduite.

L'examen du point a été remis à une prochaine séance.

8. Le 15 septembre 2006, le Conseil Wallon des Etablissements de Soins a proposé, pour le CHRN, une programmation par reconversion de lits aigus en 24 lits Sp locomoteurs.

9. Par un courrier du 22 septembre 2006, le docteur KAPENDA, deuxième requérant, agissant en sa qualité de président du Conseil médical, a informé le médecin chef que "le Conseil médical tient à rappeler que la demande de lits de revalidation par le CHRN se fait à titre conservatoire et qu'une étude d'impact tant au niveau médical que financier doit encore intervenir".

10. La même question a été remise à l'ordre du jour du Comité permanent de concertation de l'hôpital, qui, en sa séance du 3 octobre 2006, a entendu le directeur qui a informé l'assemblée que "le CHRN a obtenu un avis favorable du CWES (Conseil Wallon des Etablissements de Soins) qui accorde 24 lits Sp au CHRN; (...) Les lits Sp permettront de faire face à la demande interne et de respecter les durées pour ce type de patientèle accueillie. On attend l'accord écrit de Mme la Ministre Vienne".

Au cours de cette même séance, les délégués du Conseil Médical ont émis "au nom du Conseil, un NON catégorique à ce projet", justifié comme suit:

" aucun élément dans le dossier - que ce soit au niveau financier ou au niveau médical et infirmier - ne permet d'apprécier la nécessité de fermer des lits C et D pour les remplacer par des lits Sp - S 2 locomoteurs; l'avis du Rhumatologue et du Physiothérapeute de même que des taux d'occupation momentanés, ne sont pas des bases suffisantes pour fonder ce projet; il est impossible de se prononcer avant d'avoir un dossier dûment construit; et la question à se poser avant tout, est celle de comment faire de la médecine aiguë dans l'avenir puisque c'est la vocation du CHRN";

ont encore été entendus:

- " - les Représentants du Gestionnaire qui estiment avoir agi dans l'intérêt de l'Institution;
 - le Médecin chef qui fait observer que le corps médical dispose de pièces, transmises, peut-être de manière informelle, à plusieurs personnes par mail; ces éléments rassemblés permettaient de justifier la demande par le Gestionnaire d'un accord de principe;
 - les Délégués du Conseil Médical qui, s'ils reconnaissent qu'il y avait un contexte d'opportunité pour le Gestionnaire, ne peuvent toutefois adhérer à une option stratégique aussi importante qui engage l'avenir de l'hôpital, sans que des questions en interne n'aient été abordées, option qui par ailleurs requiert, selon eux, l'avis renforcé du Conseil médical; ils rappellent que la vocation du CHRN est d'être un hôpital régional avec des services lourds, qui permettent de prendre en charge des cas aigus, sa vocation n'étant pas la revalidation; c'est donc par ce projet changer la vocation hospitalière du CHRN.
- (...)"

11. La même question a été remise à l'ordre du jour du Comité permanent de concertation de l'hôpital, qui, en sa séance du 7 novembre 2006, a entendu notamment le deuxième requérant qui a fait valoir, entre autres choses, le manque d'information quant à l'impact financier du projet.

Il y a été décidé de "sortir de la concertation ce point de la conversion de lits C-D en lits Sp (S 2 locomoteurs)" et de faire "application de l'article 125 parag. 1, 13/ de la loi sur les hôpitaux".

12. Le 14 novembre 2006, le président du Comité de gestion a sollicité l'avis du Conseil médical en application de l'article 125, § 1^{er}, 13/, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, "à propos de la conversion au CHRN de 32 lits d'indices C et D en 24 lits d'indice Sp - S 2 locomoteurs".

13. Le 12 décembre 2006, le Conseil médical a émis un avis négatif, rédigé en ces termes :

" CONCERNE : demande d'avis au Conseil Médical concernant la transformation de 32 lits aigus C et D en 24 lits SP-S2 locomoteurs.

La réponse du Conseil Médical n'est pas un refus de principe mais nous devons souligner l'absence d'argumentation convaincante produite par le gestionnaire à l'appui d'un projet qui est de nature à modifier à long terme et de manière irréversible la vocation régionale du CHRN et surtout sa mission d'hôpital général.

Les éléments produits en guise d'arguments par le gestionnaire sont :

- la demande individuelle de quelques médecins de l'institution, logiquement intéressés du fait de leur spécialité par le développement d'une activité de revalidation,
- une analyse du nombre de lits en province de Namur et le constat d'un déficit de lits SP par rapport aux autres Provinces.

Préalablement, nous avons reçu un rapport médical et financier qui, outre les points mentionnés ci-dessus,

- avançait sans aucune justification ni élément de calcul un nombre actuel de transferts vers l'extérieur permettant de remplir 32 lits Sp,
- donnait une motivation financière sommaire et contestable.

Par le présent courrier, le Conseil Médical s'exprime au nom de l'ensemble du corps médical du CHRN et entend fournir un avis de synthèse qui prime sur les intérêts particuliers. Ces arguments retiennent bien entendu toute notre attention, mais sont largement insuffisants pour justifier à eux seuls une décision qui n'intégrerait pas les considérations suivantes:

1) Taux d'occupation en lits C et D

A de multiples reprises au cours des dernières années, l'hôpital s'est trouvé en situation de devoir refuser des hospitalisations en lits aigus. Il ne semble pas adéquat de déduire des taux moyens d'occupation observés au cours des six derniers mois que le nombre de lits C et D peut être réduit sans «dommages collatéraux», et ce pour les raisons suivantes:

Vu les nombreux facteurs qui peuvent influencer transitoirement les taux d'hospitalisation, une période de référence de 2 ans est un minimum absolu pour étayer valablement une décision qui engagera l'avenir de notre hôpital sur le long terme et vraisemblablement de manière irréversible.

Un «taux moyen d'occupation» est un indicateur peu fiable particulièrement en ce

qui concerne les lits aigus, compte tenu notamment:

- Des importantes variations saisonnières: c'est pendant les pics saisonniers que les problèmes d'hospitalisation priment; de surcroît, ces pics sont généralement synchrones dans les différents hôpitaux de la Province ;
- Des périodes de vacances et des périodes nécessaires de fermeture des étages d'hospitalisation (remise en état) ;
- Des week-ends : ce facteur devient d'autant plus prégnant que les durées d'hospitalisation moyennes diminuent (pour une hospitalisation élective de trois jours, on n'hospitalisera pas le patient un vendredi.
- Des «temps morts» entre deux hospitalisations successives dans le même lit (programmation de la sortie, sorties non prévues, communication de la sortie, nettoyage de la chambre) : ce facteur également voit son impact augmenter quand le turn-over des lits s'accélère.

- Plusieurs services des départements de Médecine et de Chirurgie ont connu récemment des «problèmes» de staffs médicaux : cfr départ volontaire d'un néphrologue, d'une oncologue, d'un pneumologue, délais d'engagement de plusieurs chirurgiens (neurochirurgie, chirurgie abdominale, ...), fin d'activité de plusieurs confrères. En revanche, plusieurs jeunes confrères ont été récemment engagés, dont l'impact attendu sur le recrutement en hospitalisation ne se manifesterait que dans le futur : diabétologie, néphrologie, pneumologie, oncologie....

- L'application inappropriée de l'article 36 a entraîné, et entraîne encore, une perte de patients avec non seulement une diminution des journées réalisées, mais également une baisse importante des journées justifiées en lits C et D par rapport aux années antérieures: le décrochage des courbes d'hospitalisation observé à partir de mai 2006, que ce soit en journées réalisées ou en journées justifiées, est à ce propos extrêmement parlant. Cette initiative du gestionnaire entraîne de toute évidence l'hospitalisation d'une partie de notre patientèle dans des institutions voisines.

2) Stratégie à long terme

Il existe une volonté politique du Ministre de réduire le nombre de lits aigus, et cette volonté correspond effectivement à une évolution de la pratique médicale (réduction des durées d'hospitalisation que ce soit pour le diagnostic ou le traitement, développement de l'activité de jour, ...). Parallèlement, on observe dans notre pays un déficit en lits de révalidation.

Dresser ces deux constats ne revient pas à dire que, dans chaque institution de soins des lits aigus doivent être transformés en lits Sp. Bien au contraire : le secteur hospitalier belge se singularise sur la scène européenne par un nombre important de structures de (trop) petites dimensions. Nous pensons que la réduction des lits aigus doit se faire via une diminution du nombre d'hôpitaux dispensant des soins aigus et non par une réduction du nombre de lits aigus dans chaque institution.

Il existe très clairement une taille critique, un nombre de lits aigus en deçà duquel d'une part la survie d'une série de fonctions hospitalières est compromise (notamment services de soins intensifs, services de diagnostic lourd, endocrinologie, infectiologie, ...) et d'autre part l'organisation de la permanence hospitalière et de la continuité des soins devient pratiquement impossible.

Le CHRN est déjà actuellement menacé par cette taille critique.

Il nous semble évident que s'engager dans une politique de réduction des lits C et D, est de ce point de vue, mettre le doigt dans un engrenage qui, à terme, conduira

à la remise en question du CHRN comme hôpital général. En outre, la promotion d'un hôpital gériatrique et de revalidation ne peut se faire qu'au détriment de notre image d'hôpital aigu.

Enfin rappelons qu'en 2002-2003, notre hôpital a effectué un vaste audit indépendant de son activité médicale, en vue de définir les axes de son développement; les conclusions de cet audit ont été validées par le gestionnaire. La création de lits de revalidation ne figure pas parmi les options stratégiques avancées.

3) Intégration des lits SP dans un hôpital général régional

Pour des lits SP, l'intérêt à être intégrés dans une structure hospitalière lourde n'est pas établi. Ces lits ne nécessitent pas a priori la proximité géographique de services hautement sophistiqués (et onéreux) qui caractérisent un hôpital comme le CHRN. On connaît en région wallonne plusieurs institutions qui se sont spécialisées dans la revalidation; cette dissociation hôpitaux généraux - institutions de revalidation ne va-t-elle pas dans le sens de l'intérêt de la collectivité (diminution des coûts, aspects qualitatifs, prévention des confusions d'intérêts)? Comment le CHRN gèrera-t-il une volonté future du Ministère de dissocier dans des entités distinctes les activités de revalidation et d'hospitalisation aiguë ?

4) Organisation pratique

Le projet doit impérativement intégrer un plan d'organisation sur le terrain, qui précise:

- Où seront regroupés les 24 lits Sp pour former une entité cohérente?
- A quels services hospitaliers seront soustraits les 32 lits agréés?
- Comment seront répartis les lits C et D restants, en ce compris les lits physiques surnuméraires (14 lits hors agrément) : localisation, constitution d'unités, regroupement des spécialités, organisation des équipes de nursing?

En outre, qu'on le veuille ou non, toute réduction de taille des services aigus, va à contre courant de la sectorisation de l'activité, souhaitable sur le plan qualitatif, et précarise l'organisation de la continuité des soins et de la garde intra-muros.

5) Impacts financiers

Il est de la responsabilité du gestionnaire d'intégrer dans le projet une évaluation chiffrée précise des conséquences financières de cette conversion d'indices de lits. Notamment, et de manière vraisemblablement non exhaustive:

- Impact sur les honoraires forfaitaires, dont
 - Forfait par journée d'hospitalisation pour la biologie clinique : selon la simulation fournie par l'INAMI, la conversion de 30 lits C et D en lits Sp induirait au CHRN une diminution du forfait de 0,7 euros soit $0,7 \times 120.000$ journées par an = perte annuelle de 100.000 euros.
 - Forfait par admission pour la radiologie, en tenant compte que le nombre d'admission par an dans un lit Sp est de 4 à 5 fois inférieur à celui d'un lit C ou D : montant à calculer.
 - Autres honoraires forfaitaires influencés par le nombre de lits aigus?
- Impact sur l'activité médicale :

- Un lit chronique génère par définition moins de prestations médicales qu'un lit aigu; il importe de chiffrer, à partir des courbes d'occupation 2004 et 2005, le nombre d'hospitalisation qui aurait été perdues avec 24 lits physiques C et D en moins et d'en déduire la perte en honoraires médicaux générés (à partir par exemple du montant moyen d'honoraires générés dans l'institution par lits et par jour)
- Bilan à chiffrer en ce qui concerne le prix de journée (plus faible en lit SP qu'en lits aigu)
- Evaluation exhaustive de l'impact éventuel sur les financements modulés en fonction du nombre de lits : RC médicale? Direction médicale? Financement d'un certain nombre d'ETP (archivage, ...?)

Le conseil médical est extrêmement inquiet d'avoir constaté lors de ses contacts avec les représentants du gestionnaire, que ces différents aspects étaient soit délibérément négligés, soit - pire encore - ignorés par la Direction Financière.

6) Incohérence avec le plan Tonus

Le projet actuel du gestionnaire, dont la motivation semble bien être avant tout financière, se solde par une perte de 24 lits physiques C et D.

Or, il y a plus ou moins deux ans, dans le cadre du plan Tonus, une des mesures positives importantes avait été la création de 6 lits physiques C/D en plus des lits agréés pour rattraper des hospitalisations perdues en période de haute activité!

En l'état actuel, la demande du gestionnaire est une fuite devant sa responsabilité qui est d'assurer à la population namuroise un accès large à une institution publique de santé. Elle traduit aussi l'incapacité du CHRN à développer une politique médicale volontariste.

En conséquence, le Conseil Médical ne peut accepter une telle modification d'indice de lits.

Le Conseil Médical estime également que la question posée par le Gestionnaire en application de l'article 125, § 1 entre dans le cadre de la procédure de la demande d'avis renforcé (art 125, § 1, 2°).

Nous restons à votre entière disposition pour tout entretien constructif dans le cadre de cet important dossier et vous prions d'agréer, Monsieur le Président, Monsieur le Membre du Bureau Directeur, Monsieur le Directeur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.";

14. Le 15 décembre 2006, la Ministre a délivré au CHRN un accord de programmation de 24 lits Sp (locomoteurs) motivé comme suit:

" En réponse à votre demande introduite en date du 27 juillet 2006.

Vu l'avis émis par le Conseil wallon des Etablissements de Soins, en sa séance plénière du 15 septembre 2006.

Je marque mon accord quant à l'insertion dans la programmation de 24 lits Sp (locomoteurs), obtenus par reconversion de 33 lits C-D (32,87 : règle de reconversion : 1 lit C-D = 0,73 lit Sp) agréés précédemment dans votre établissement.

Le nombre de lits de Chirurgie et de Médecine reconvertis devra être précisé."

Il s'agit du premier acte attaqué. Il a été porté à la connaissance du deuxième requérant par un courrier du directeur du CHRN du 20 décembre 2006.

15. Par un courrier du 7 février 2007, le président du Comité de gestion du CHRN a demandé à la Ministre de la Santé, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances une autorisation d'ouverture et d'agrément provisoire de 24 lits Sp (locomoteurs). Il y est précisé que "le nombre de lits de Chirurgie et de Médecine reconvertis et fermés est de 33 lits, soit une diminution de 16 lits de Médecine et 17 lits de Chirurgie, comme indiqué dans l'annexe ci-jointe";

Considérant qu'aux termes de l'article 17, § 2, alinéa 1^{er}, des lois sur le Conseil d'Etat coordonnées le 12 janvier 1973, "la suspension de l'exécution ne peut être ordonnée que si des moyens sérieux susceptibles de justifier l'annulation de l'acte ou du règlement attaqué sont invoqués et à condition que l'exécution immédiate de l'acte ou du règlement risque de causer un préjudice grave difficilement réparable";

Considérant que, dans la requête, le Conseil médical du Centre hospitalier Régional de Namur, première partie requérante, fait valoir qu'il a décidé d'introduire le recours par une délibération du 5 février 2007, qu'il dispose d'une compétence d'avis en application des articles 125 et 126 de la loi sur les hôpitaux, que dans les cas énumérés par ces dispositions, le gestionnaire de l'hôpital était tenu de le consulter préalablement à sa décision et qu'en l'espèce, cette prérogative légale a été méconnue; que les docteurs KAPENDA et VANDERMOTEN affirment qu'en tant que médecins hospitaliers au sein du Centre hospitalier Régional de Namur, toute violation des compétences du Conseil médical porte atteinte à leurs intérêts;

Considérant que les parties adverses font observer que le Conseil médical ne dispose pas de la personnalité juridique, qu'il s'agit d'un simple organe d'avis associé à la prise de décision mais pas d'un organe de gestion ni d'un organe de représentation des médecins de l'hôpital et qu'il n'est donc pas recevable à introduire une action en justice; que, subsidiairement, la première partie adverse soutient que le Conseil ne dispose pas d'un intérêt légitime à agir contre une décision de la personne morale dont il est organe;

Considérant que, prima facie, sans qu'il faille examiner si le Conseil médical peut se prévaloir d'une personnalité juridique propre, ou encore, s'il ne peut faire état en l'espèce de la lésion d'un intérêt fonctionnel, et, partant, de la capacité nécessaire à la saisine du Conseil d'Etat, il faut constater que le procès-verbal de la réunion du 5 février 2007 au cours de laquelle il paraît avoir décidé d'introduire la présente demande n'est pas signé par son président, comme semble le requérir l'article 4 du règlement d'ordre intérieur, qu'il ne porte aucune autre signature et qu'il se borne à mentionner "Création d'un service de revalidation (Service SP) : informer le gestionnaire que les procédures n'ont pas été respectées et que le Conseil Médical envisage une action. Introduction d'un recours au Conseil d'Etat contre la décision du gestionnaire et contre celle du ministère (cfr dossier Me Anne Feyt)"; que, dans ces conditions, le recours ne paraît pas recevable pour ce qui concerne la première partie requérante;

Considérant, en ce qui concerne la demande en tant qu'elle est introduite par les docteurs KAPENDA et VANDERMOTEN, qu'il faut constater que les articles 71 et 72 de la loi sur les hôpitaux, coordonnées le 7 août 1987, sont rédigés dans les termes suivants :

" Art. 71. Tout service organisé dans un hôpital doit être agréé par l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution.
L'agrément est subordonné au respect des normes prévues aux articles 68 et 69, ainsi qu'à l'intégration de l'hôpital ou du service dans le programme visé à l'article 23.
Lorsqu'il est satisfait aux conditions qui précèdent, l'agrément est accordé pour une période limitée qui peut être prorogée.

Art. 72. Un agrément provisoire est accordé par l'autorité visée aux articles 128, 130 ou 135 de la Constitution, aux services qui font l'objet d'une première demande, pour autant que celle-ci réponde aux conditions de recevabilité fixées par le Roi.
Cette disposition ne s'applique pas aux services qui demandent un changement de qualification sur base de l'article 69, 2/, ou qui ont fait l'objet d'une décision de fermeture.
Cet agrément prend cours à la date de la demande; il est valable pour une durée de six mois, renouvelable, et il est notifié au pouvoir organisateur dans les quinze jours de la réception de la demande.";

Considérant qu'en ayant égard à la seconde décision attaquée, la seconde partie adverse soutient notamment que :

" (...) les parties requérantes lui confèrent une portée qu'(elle) n'a pas. Elles prétendent que la demande formulée par le Gestionnaire au Ministre contiendrait une décision de reconvertir des lits C et D en lits Sp.

Il convient de constater que la décision de convertir ces lits n'a été prise que bien plus tard, lorsque le Gestionnaire a introduit la demande d'agrément le 7 février 2007, de sorte que le recours est irrecevable en ce qu'il donne au second acte attaqué une portée qu'il n'a pas.";

Considérant que, par un courrier du 27 juillet 2006, le président du Comité de gestion du CHRN a adressé à la Ministre de la Santé, des Affaires sociales et de l'Egalité des chances une "demande d'agrément"; que, selon le procès-verbal de la réunion du Comité permanent de concertation de l'hôpital du 12 septembre 2006, il s'agissait d'une "demande de reconversion", introduite dans un contexte d'urgence lié au fait que "l'attribution de ces lits dev(ait) avoir lieu au niveau régional dès la rentrée de septembre"; que la demande a, de fait, été traitée par la première partie adverse comme une demande d'intégration dans la programmation hospitalière des lits Sp en Région wallonne, ainsi que le prévoit l'article 71, alinéa 2, de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987; que l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 5 novembre 1987 déterminant les modalités d'agrément, de fermeture et la procédure de recours pour les hôpitaux, services hospitaliers, services médico-techniques lourds, sections, fonctions, initiatives d'habitations protégées et associations d'institutions et de services psychiatriques, tel que modifié par l'arrêté du 6 janvier 1992, dispose notamment, en son article 3, que "pour être recevable, la demande d'agrément doit être précédée de l'envoi au Ministre d'un dossier administratif comprenant : I. Dans le cas d'un hôpital ou d'un service hospitalier : 1/ une autorisation, délivrée par le Ministre, selon laquelle l'hôpital ou le service hospitalier s'intègre dans le cadre de la programmation hospitalière (...)" ; qu'ainsi, envisagée *prima facie*, la demande introduite par le président du Comité de gestion du CHRN ne pouvait être interprétée que comme une demande de reconversion ou d'intégration dans la programmation hospitalière; que, lorsqu'il est satisfait aux conditions précisées à l'article 71, alinéa 2, précité, un "agrément provisoire" est accordé "aux services qui font l'objet d'une première demande", comme en l'espèce, conformément à l'article 72, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux, précité; qu'il apparaît donc qu'une autre demande, portant sur l'agrément provisoire, devait être introduite; que tel fut le cas le 7 février 2007, cette demande n'étant elle-même recevable que pour autant que le dossier administratif prescrit à l'article 3 de l'arrêté de l'Exécutif de la Communauté française du 5 novembre 1987, précité, comprenant notamment l'autorisation d'intégration dans la programmation hospitalière, eût préalablement été constitué et transmis; qu'il apparaît que, dans ces conditions, la demande de reconversion, telle que formulée le 27 juillet 2006 par le président du Comité de gestion du CHRN ne pouvait être considérée que comme une simple manifestation d'intention et non pas comme une décision ferme de reconversion

de lits; que, dans cette mesure, la seconde décision attaquée ne paraît pas de nature à faire grief aux deuxième et troisième requérants; que l'exception est fondée;

Considérant d'office, quant à la première décision attaquée, par laquelle la Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Egalité des chances donne son accord à la demande formulée par le président du Comité de gestion du CHRN, qu'il n'apparaît pas qu'elle puisse faire immédiatement grief aux deuxième et troisième requérants, puisque, selon les dispositions de la loi sur les hôpitaux précitées, la mise en service des nouveaux lits et la désaffectation correspondante des autres lits ne pourra avoir lieu qu'une fois l'agrément provisoire accordé; que la demande de suspension n'est pas recevable en ce qu'elle vise l'exécution de cette première décision;

Considérant dès lors que, sans qu'il faille examiner si les docteurs KAPENDA et VANDERMOTEN ont un intérêt suffisant à agir, il apparaît, prima facie, que la demande présentement examinée n'est pas recevable en ce qui les concerne, aucune des deux "décisions" attaquées par eux ne semblant de nature à leur faire grief,

D E C I D E :

Article 1^{er}.

La demande de suspension est rejetée.

Article 2.

Les dépens sont réservés.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le cinq juin deux mille sept par :

M. LEWALLE,	Conseiller d'Etat, Président f.f.,
M ^{me} SCHMITZ,	Greffier.

Le Greffier,

Le Président f.f.,

V. SCHMITZ.

P. LEWALLE.