

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF

Ve CHAMBRE

A R R Ê T

n° 252.074 du 9 novembre 2021

A.228.691/V-1996 (I)

A.228.898/V-1997 (II)

En cause : I. l'A.S.B.L. JESSA ZIEKENHUIS
II. l'A.S.B.L. ONZE-LIEVE-VROUWZIEKENHUIS
assistées et représentées par
Me Sarah Van Haute, avocat,
ayant son cabinet à 3700 Tongres,
Vlasmarkt 4,
chez qui il est fait élection de domicile.

contre :

I. et II.

1. l'ÉTAT BELGE, représenté par le ministre des Affaires sociales et de la Santé publique
assisté et représenté par
Me Bert Beelen, avocat,
ayant son cabinet à 3000 Louvain,
Justus Lipsiusstraat 24,
chez qui il est fait élection de domicile.
2. la COMMUNAUTÉ FLAMANDE
assistée et représentée par
Me Bart Staelens, avocat,
ayant son cabinet à 8000 Bruges,
Gerard Davidstraat 46, boîte 1,
chez qui il est fait élection de domicile.
3. la RÉGION WALLONNE
4. la COMMUNAUTÉ FRANÇAISE,
5. la COMMISSION
COMMUNAUTAIRE COMMUNE DE
BRUXELLES-CAPITALE
assistées et représentées par
Me Bert Beelen, avocat,
ayant son cabinet à 3000 Louvain,
Justus Lipsiusstraat 24,
chez qui il est fait élection de domicile.

6. la COMMUNAUTÉ GERMANOPHONE
assistée et représentée par
Me Bert Beelen, avocat,
ayant son cabinet à 3000 Louvain,
Justus Lipsiusstraat 24,
chez qui il est fait élection de domicile.
-

I. Objet du recours

1. Les recours, introduits le 26 juillet 2019 dans l'affaire 228.691/V-1996 et le 21 août 2019 dans l'affaire 228.898/V-1997, visent l'annulation du « Protocole d'accord portant sur la répartition entre entités fédérées de la programmation des programmes de soins spécialisés 'soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives' du 25 mars 2019, publié au Moniteur belge le 24 juin 2019 [...] ».

II. Déroulement de la procédure

2. Les première, deuxième, cinquième et sixième parties adverses ont déposé un mémoire en réponse dans les deux affaires et les parties requérantes ont déposé un mémoire en réplique.

Inge Vos, premier auditeur, a rédigé un rapport.

Les parties requérantes et les première, deuxième, cinquième et sixième parties adverses ont déposé un dernier mémoire dans les deux affaires.

Les parties ont été convoquées à l'audience, qui s'est tenue le 19 octobre 2021.

Eric Brewaeys, président de chambre, a fait rapport.

Me Hadewijck Jansen, avocat, qui, *loco* Me Sarah Van Haute, avocat, comparaît pour les parties requérantes, Me Liesbeth Peeters, avocat, qui,

loco Me Bert Beelen, avocat, comparaît pour les première, cinquième et sixième parties adverses et Me Caroline Cleynen, avocat, qui, *loco* Me Bart Staelens, avocat, comparaît pour la deuxième partie adverse, ont été entendus.

An Van den Broeck, premier auditeur, a donné un avis conforme au présent arrêt.

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

III. Les éléments de la cause

3.1. Le 8 août 2014, les arrêtés royaux suivants sont publiés au Moniteur belge :

- l'arrêté royal du 19 avril 2014 'fixant les normes auxquelles les programmes de soins 'soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC)' doivent répondre pour être agréés';
- l'arrêté royal du 19 avril 2014 'fixant les normes d'agrément pour le réseau 'soins de l'accident vasculaire cérébral'';
- l'arrêté royal du 19 avril 2014 'modifiant l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre';
- l'arrêté royal du 19 avril 2014 'modifiant l'arrêté royal du 27 avril 1998 fixant les normes auxquelles une fonction de soins intensifs doit répondre pour être agréée';
- l'arrêté royal du 19 avril 2014 'rendant certaines dispositions de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins applicables au réseau 'soins de l'accident vasculaire cérébral''.

3.2. Sur la base de l'article 60, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 'sur les hôpitaux et autres établissements de soins' (ci-après : la loi

sur les hôpitaux), le Roi peut fixer le nombre maximal de programmes de soins pouvant être mis en service.

Conformément à l'article 60, alinéa 5, de la loi sur les hôpitaux – qui a entre-temps été abrogé par la loi du 11 août 2017 à partir du 20 juin 2019 – , le nombre maximal visé et les critères de programmation visés sont répartis entre les autorités compétentes pour la politique des soins de santé sur la base des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution, par arrêté délibéré en Conseil des ministres en respectant la procédure de concertation visée à l'article 36, § 2.

L'article 60 de la loi sur les hôpitaux est rendu applicable au programme de soins 'soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives' en vertu de l'article 2^{sexies}, § 2, de l'arrêté royal du 15 février 1999 'fixant la liste des programmes de soins, visée à l'article 12 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, et indiquant les articles de la loi coordonnée le 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins applicables à ceux-ci'.

3.3. L'arrêté royal du 16 décembre 2018 fixant le nombre maximum de programmes de soins spécialisés « soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives » limite ce nombre maximal à 15 pour l'ensemble du Royaume.

Dans l'avis n° 64.647/3 du 11 décembre 2018, la section de législation du Conseil d'État formule une observation à propos de la répartition à élaborer conformément à l'article 60, alinéa 5, précité, de la loi sur les hôpitaux.

3.4. Le 25 mars 2019, les ministres membres de la Conférence interministérielle Santé publique, concluent un protocole d'accord portant sur la répartition de la programmation des programmes de soins spécialisés 'soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives' entre les entités fédérées.

Ce protocole d'accord énonce ce qui suit :

« Considérant les dispositions de l'arrêté royal du 19 avril 2014 fixant les normes auxquelles les programmes de soins 'soins de l'accident vasculaire cérébral (AVC)' doivent répondre pour être agréés.

Considérant que l'arrêté royal du 16 décembre 2018 fixe le nombre maximum de programmes de soins spécialisés 'soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives' à 15.

La répartition du maximum de 15 centres S2 pour les soins de l'AVC interventionnels est importante afin d'éviter que chaque autorité compétente pour l'agrément reste dans l'incertitude quant au nombre de centres qui peuvent être agréés.

Une décision rapide s'impose donc compte tenu du fait que le moratoire général sera levé après les élections du 25 mai 2019 (lors de l'installation de la Chambre des représentants nouvellement élue).

Analyse de la situation

Plusieurs éléments doivent être pris en compte dans la répartition de la programmation des centres S2 pour les soins interventionnels de l'AVC :

- Une répartition géographique correcte : l'AVC ischémique est avant tout une pathologie urgente nécessitant que le patient, le cas échéant, puisse atteindre le plus rapidement possible un centre spécialisé facilement accessible où des techniques d'intervention (telles que la thrombectomie) peuvent être appliquées.

- l'expertise déjà présente / les services assurés : sélectionner les bons patients et pratiquer une thrombectomie, ainsi que le suivi, est un traitement qui nécessite une grande expertise de la part de l'équipe d'intervention, y compris du neuroradiologue interventionnel. Le nombre de médecins ayant cette spécialisation spécifique est très limité. En outre, seul un nombre limité de patients sont éligibles pour une thrombectomie et on suppose que 40 à 60 procédures par médecin et par an doivent être effectuées afin de conserver les compétences nécessaires. Ces faits militent en faveur d'une forte concentration afin de pouvoir faire appel à une expertise existante et prouvée.

- Depuis début 2015, cette approche a été soutenue par des preuves irréfutables. Un certain nombre de centres ont pris l'initiative de lancer ces programmes de traitement, dans des conditions difficiles, mais avec le souci du bien-être des patients concernés. En outre, la continuité des soins assurée par une équipe expérimentée, également disponible en dehors des heures de travail, est et reste un élément essentiel [lire : essentiel].

- Il existe des preuves scientifiques très solides selon lesquelles les paramètres de résultat cliniquement pertinents, y compris le résultat fonctionnel le plus important, mesuré à l'aide de l'échelle mRS, après un AVC ischémique traité par thrombectomie, sont significativement meilleurs si le patient est traité rapidement par une équipe hautement spécialisée. L'organisation du paysage des soins doit être adaptée de manière à ce que ces conditions soient remplies.

Compte tenu de tout cela, il est important de garder à l'esprit qu'il n'y a aucune possibilité de scinder un centre S2 sur 2 sites ou plus, le

radiologue interventionnel se déplaçant éventuellement entre les différents sites. Une telle organisation contredirait l'évidence selon laquelle c'est le savoir-faire de toute l'équipe qui fait le succès de ce processus de soins (et pas seulement du neuroradiologue interventionnel). De plus, un système de neuroradiologues interventionnels itinérants rend l'assurance d'un service de surveillance 24h / 24, 7j / 7, extrêmement complexe, voire impossible. On peut espérer beaucoup plus de la mise en place de réseaux forts avec de bons protocoles d'accord entre centres S1 et S2 pour référer les patients et leur retour vers l'hôpital initial.

Enfin, nous soulignons que les centres de soins interventionnels pour l'AVC, par définition (moins de 25 centres, soins complexes, besoin de concentration, ...), offrent une mission de soins suprarégionale. En d'autres termes, les collaborations entre les centres S1 et S2 peuvent / doivent dépasser le réseau locorégional.

Les chiffres nous apprennent que la répartition géographique actuelle est sous-optimale. À Gand, Anvers, dans le Limbourg, à Namur et à Liège, une optimisation doit être mise en œuvre. La Flandre occidentale est aussi un point d'attention avec trois centres qui réalisent des procédures interventionnelles. Dans la région des Ardennes, une offre doit être mise en place bien que la densité de population puisse nécessiter un scénario différent. (Un centre est certes en train de démarrer à l'hôpital d'Arlon.)

Répartition des 15 centres S2 'soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives'

Les ministres membres de la Conférence interministérielle Santé publique décident de répartir les 15 centres S2 'soins de l'AVC aigu impliquant des procédures invasives' entre les autorités compétentes pour la politique de santé sur la base des articles 128, 130 et 135 de la Constitution, comme suit :

- territoire de la Région flamande : maximum 7 centres
- territoire de la Région [de] Bruxelles[-]Capitale : maximum 3 centres
- territoire de la Région wallonne : maximum 5 centres

La répartition proposée ci-dessus est de nature géographique et ne dit rien des autorités qui seront autorisées à accorder les agréments.

Lorsque plusieurs entités sont compétentes pour octroyer des agréments sur un territoire donné, un accord préalable entre ces différentes entités est nécessaire pour la ventilation de la programmation des centres sur le territoire ».

Il s'agit de la décision attaquée, qui a été publiée au Moniteur belge du 24 juin 2019.

3.5. Le 20 octobre 2019, un arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 16 décembre 2018 fixant le nombre maximum de programmes de soins spécialisés « soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives » est adopté; il énonce ce qui suit :

« Article 1^{er}. À l'article 1^{er} de l'arrêté royal du 16 décembre 2018 fixant le nombre maximum de programmes de soins spécialisés 'soins de l'accident vasculaire cérébral aigu impliquant des procédures invasives', sont insérés, après les mots 'est limité à 15 pour l'ensemble du Royaume', les mots 'dont 7 situés sur le territoire de la Région flamande, 5 situés sur le territoire de la Région wallonne, et 3 situés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale'.

Art. 2. Le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est chargé de l'exécution du présent arrêté ».

La section de législation du Conseil d'État a donné l'avis n° 66.499/3 sur le projet le 3 octobre 2019.

Des recours en annulation ont été introduits contre cet arrêté par l'A.S.B.L. Onze-Lieve-Vrouwziekenhuis, l'A.S.B.L. Jessa Ziekenhuis et l'A.S.B.L. AZ Sint-Lucas & Volkskliniek. Ces affaires sont inscrites au rôle respectivement sous les numéros G/A.229.966/VII-40739, G/A.229.969/VII-40740 et G/A.229.987/VII-40741.

IV. Jonction

4. Les recours dans les deux affaires ont le même objet et les moyens invoqués sont également identiques. Il y a lieu, dès lors, de joindre les affaires A. 228.691/V-1996 et A. 228.898/V-1997 et de statuer sur les recours dans un arrêt unique.

V. De la recevabilité

Point de vue des parties

5. Les première, cinquième et sixième parties adverses soulèvent une exception d'irrecevabilité *ratione materiae* dès lors que le protocole d'accord attaqué ne constitue pas, selon elles, un acte juridique susceptible d'être attaqué.

Elles soulignent que la nature juridique des protocoles d'accord est très incertaine. En substance, le protocole d'accord n'est que l'expression de ce qui a été discuté en concertation ministérielle et des éléments sur lesquels les représentants des différents gouvernements ont pu se déclarer d'accord. Il s'agit en d'autres termes d'un document de nature politique qui contient l'engagement des différentes autorités concernées à mener une certaine politique convenue.

Fixer la répartition de la programmation constitue une compétence fédérale (art. 5, § 1^{er}, LSRI). L'autorité fédérale intervient réglementairement par arrêtés royaux, de sorte qu'en ce qui concerne la répartition de la programmation, seul l'arrêté royal qui la fixe peut constituer un acte susceptible d'être attaqué. Selon elles, le protocole d'accord attaqué est tout au plus un acte préparatoire dans l'élaboration de l'arrêté royal, mais il n'a en soi aucun effet juridique.

Elles font à cet égard la comparaison avec l'arrêt n° 212.580 du 8 avril 2011 du Conseil d'État et font remarquer qu'en l'espèce également le protocole d'accord n'est que l'expression de l'accord conclu au sein d'un organe de concertation, à savoir la conférence interministérielle (CIM) Santé publique, alors que personne ne nie que seule l'autorité fédérale est compétente pour fixer la répartition par arrêté royal.

Dès lors qu'un arrêté royal a effectivement été approuvé le 20 octobre 2019, elles estiment qu'il est d'autant plus clair que le protocole d'accord, pour autant qu'il s'agisse déjà d'une décision effective, ce qui n'est pas

le cas, ne constitue pas, en tout état de cause, une décision finale définitive, si bien que le recours en annulation doit être rejeté comme étant irrecevable.

6. La deuxième partie adverse soulève elle aussi une exception d'irrecevabilité *ratione materiae*. En effet, selon elle, le protocole d'accord ne fait que consacrer la concertation, et uniquement cette dernière, et n'est pas de nature à prévoir des règles contraignantes unilatérales à l'égard de sujets de droit. En outre, une étape préalable de la procédure ne peut être contestée distinctement que dans la mesure où ces actes administratifs préparatoires produisent des effets juridiques directs pour le requérant, ce qui n'est nullement le cas en l'occurrence selon elle. Elle est d'avis que rien ne résulte directement du protocole d'accord. Ainsi, il n'en découle pas directement que la partie requérante entrerait ou non en considération pour être agréée.

Elle estime qu'on ne peut pas non plus déduire du fait que la partie requérante se soit tournée à tort contre le protocole d'accord qu'elle ne bénéficierait pas de protection juridique. Il existe en effet un arrêté royal du 20 octobre 2019 fixant la répartition et à l'égard duquel la partie requérante peut faire valoir ses critiques sur le fond.

7. Dans sa requête, la partie requérante souligne qu'un protocole d'accord est un document dans lequel les parties (en l'occurrence, les régions) parviennent à un consensus pour mener dans un domaine spécifique une politique concrète, et dans lequel chaque acteur s'engage à mettre en œuvre cette politique, chacun dans les limites de ses compétences. À cet égard, la partie requérante anticipe les exceptions en arguant soit que le protocole d'accord est un acte préparatoire qui détermine déjà immédiatement et de manière décisive le contenu de l'arrêté royal à édicter, soit qu'il contient déjà une décision définitive si aucun arrêté royal ne devait suivre. Dans les deux cas, elle estime que le protocole d'accord est un acte juridique attaquant.

Dans son mémoire en réplique, elle ajoute encore que le fait qu'il s'agit en substance d'un document de nature politique n'empêche pas qu'il

faillie vérifier son contenu pour déterminer s'il en découle des effets juridiques, et qu'il s'agit dès lors d'un acte administratif. Elle relève que, contrairement à l'arrêt n° 212.580 du 8 avril 2011, le protocole d'accord a également été signé par le ministre fédéral qui a la fixation de la répartition dans ses attributions.

De même, la simple constatation qu'il traite en l'espèce d'une décision d'une conférence interministérielle n'indique pas, selon elle, qu'il ne s'agirait pas d'un acte qui n'est pas susceptible d'être attaqué. Ainsi, par exemple, la Conférence interministérielle pour la politique de l'immigration du 13 juin 1991 a créé un Fonds d'impulsion à la politique des immigrés, dans le cadre duquel un comité, chargé notamment d'évaluer les demandes de subsides et qui, partant, emporte incontestablement des effets juridiques, a également été créé (comp. avec C.E. n° 54.582, 13 juillet 1995; C.E. n° 122.862, 15 septembre 2003).

Le fait que le protocole d'accord produit déjà des effets juridiques découle, selon elle, des déclarations du ministre flamand compétent, de l'Agence flamande « Zorg & Gezondheid », ainsi que du ministre fédéral compétent.

Elle est d'avis que la circonstance qu'un arrêté royal a déjà été édicté ne change rien au caractère attaquable du protocole, puisqu'en cas d'annulation de l'arrêté royal, la répartition définie dans le protocole d'accord sera toujours suivie.

8. Dans son dernier mémoire, la partie requérante répète qu'un protocole d'accord est en fait un document de nature politique et normalement un simple acte préparatoire pour l'instrument final pris par le niveau compétent. Elle souligne que, compte tenu des déclarations de divers pouvoirs publics, le protocole d'accord attaqué détermine effectivement, de manière immédiate et décisive, le contenu de l'arrêté royal envisagé.

Appréciation

9. Aux termes de l'article 14, § 1^{er}, 1^o, des lois coordonnées sur le Conseil d'État, si le contentieux n'est pas attribué par la loi à une autre juridiction, la section du contentieux administratif statue par voie d'arrêts sur les recours en annulation pour violation des formes soit substantielles, soit prescrites à peine de nullité, excès ou détournement de pouvoir, formés contre les actes et règlements des diverses autorités administratives. En vertu de cette disposition légale, un recours en annulation doit avoir pour objet un acte administratif exécutoire unilatéral.

10. Le protocole d'accord attaqué trouve son fondement juridique dans l'article 60, alinéa 5, de la loi sur les hôpitaux, tel qu'il était applicable au moment de l'adoption de la décision attaquée, qui fait référence à la procédure de concertation visée à l'article 36, § 2.

L'article 36, § 2, de la loi sur les hôpitaux, tel qu'il était applicable au moment de l'adoption de la décision attaquée, énonçait ce qui suit :

« La programmation visée au § 1^{er} est répartie entre autorités compétentes pour la politique de santé sur la base des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution, par un arrêté délibéré en Conseil des ministres, après concertation avec les autorités visées au sein de la Conférence interministérielle qui a été créée pour le domaine de la Santé publique conformément à l'article 31bis de la loi ordinaire de réformes institutionnelles du 9 août 1980.

Le ministre de la Santé publique initie la concertation visée à l'alinéa 1^{er} et soumet à la Conférence interministérielle Santé publique une proposition de répartition par autorité compétente pour la politique de santé sur la base des articles 128, 130 ou 135 de la Constitution. Au moins deux mois doivent s'être écoulés entre le moment où la concertation est initiée et la décision du Conseil des ministres.

Le résultat de la concertation au sein de la Conférence interministérielle est repris dans un rapport au Roi de l'arrêté visé à l'alinéa 1^{er} ».

L'exposé des motifs précise cette procédure comme suit :

« La question de la répartition de la programmation par autorité compétente pour l'agrément, fera l'objet d'une concertation au sein de la Conférence interministérielle Santé publique. La procédure prévue donne aux entités fédérées la possibilité de formuler leurs points de vue sur une répartition correcte entre les entités fédérées de la programmation fixée au niveau fédéral. Il revient au niveau fédéral de mettre le dossier à l'ordre du jour de la CIM et de formuler une proposition de répartition. Le résultat de la concertation sera pris en compte dans la décision du Conseil des ministres et se reflétera dans un rapport au Roi de l'arrêté fixant la répartition. Afin que la procédure de concertation ne fasse pas obstacle à l'élaboration des critères qui fixent la programmation par autorité compétente pour l'agrément, il est prévu que, quel que soit le résultat de la concertation, une décision pourra être prise par le Conseil des ministres après deux mois ». (*Doc. parl.*, Chambre, 2016-17, n° 2599/1, p. 25).

La décision attaquée n'est donc pas une décision unilatérale, mais – ainsi qu'il ressort également de l'exposé des motifs précité – le résultat de la concertation, intervenue entre les ministres des entités fédérées et de l'État fédéral au sein de la Conférence interministérielle Santé publique.

11. Le protocole d'accord contesté, conclu au sein de la Conférence interministérielle Santé publique, constitue un instrument de coopération, qui n'a pas de valeur juridique contraignante. En principe, une conférence interministérielle n'a pas elle-même de compétence décisionnelle, mais elle prépare les décisions des gouvernements distincts et est le lieu indiqué pour la concertation en vue de l'exercice coordonné de la politique dans certains domaines, ainsi que pour la préparation ou l'élaboration d'accords de coopération.

La concertation a pour but d'obliger l'autorité investie du pouvoir de décision à prendre en considération l'opinion d'une autre autorité, sans toutefois que l'autorité compétente pour décider perde sa liberté d'agir.

La partie requérante reconnaît d'ailleurs aussi que le protocole d'accord devra nécessairement être suivi par un arrêté royal dès lors que,

conformément à l'article 5, § 1^{er}, I, 1^o, c), LSRI, la répartition des programmes de soins entre les entités fédérales constitue une compétence fédérale.

12. Il ressort également de ce qui précède que les ministres, en leur qualité de membres de la Conférence interministérielle Santé publique, ne sont aucunement compétents pour « décider » de cette répartition, décision qui doit en effet être prise par le Roi.

La partie requérante ne saurait être suivie en ce qu'elle affirme que le protocole d'accord a également été signé par le ministre fédéral qui a la fixation de la répartition dans ses attributions. En effet, cette compétence s'avère revenir au Roi, et non au ministre.

La terminologie utilisée, dont le terme « décider », ne peuvent porter atteinte au fait que, ainsi que cela ressort également de la législation applicable, la Conférence interministérielle Santé publique n'est qu'un organe de concertation en l'espèce.

Le protocole d'accord attaqué ne constitue donc pas un acte visant à produire des effets juridiques ou à empêcher leur apparition.

13. Dans la mesure où la partie requérante soutient encore que le protocole d'accord détermine déjà le contenu de l'arrêté royal et que le fait qu'un arrêté royal a maintenant été édicté ne change rien au caractère attaquant du protocole, puisqu'en cas d'annulation de l'arrêté royal, la répartition définie dans le protocole d'accord sera toujours suivie, elle ignore ce qui a été exposé ci-dessus concernant la nature spécifique d'un tel protocole d'accord conclu par des ministres sur la base de l'article 36, § 2, de la loi sur les hôpitaux au sein de la Conférence interministérielle qui a été créée pour le domaine de la Santé publique conformément à l'article 31*bis* de la loi ordinaire de réformes institutionnelles du 9 août 1980, ainsi que la compétence du Roi consistant à fixer la répartition.

14. Les déclarations du ministre flamand des Affaires sociales et de la Santé publique en réunion de la Commission et le courrier adressé par l'Agence Zorg & Gezondheid à la direction des hôpitaux généraux, universitaires et de revalidation le 17 juillet 2019, auxquels renvoie la partie requérante, bien qu'elle ne les cite que partiellement, s'avèrent confirmer une nouvelle fois que le protocole d'accord n'est pas une décision exécutoire et attaquant de l'autorité compétente :

Ainsi, le ministre flamand a notamment déclaré ce qui suit en réunion de Commission :

(Traduction) « [...] Que va-t-il se passer maintenant ? Il faut évidemment qu'un arrêté royal fixant la répartition soit pris à présent. La question est de savoir si l'autorité fédérale le fera encore. Un moratoire a entre-temps été instauré, lequel prendra fin au moment de l'installation de la Chambre des représentants. Il ressort des contacts que j'ai eus que toute personne s'intéressant aux soins de l'accident vasculaire cérébral en Flandre espère que la programmation sera suffisamment claire au moment où le moratoire sera levé, car dans le cas contraire, tout le monde en Flandre pourra, en théorie, demander cet agrément. Dans ce cas, il n'y aura plus de répartition à travers le pays, mais seul le chiffre global de quinze sera disponible ».

Selon l'Agence Zorg & Gezondheid :

(Traduction)

« [...] »

Étapes suivantes

L'autorité fédérale est actuellement en train de suivre la procédure visant à convertir le protocole d'accord du 25 mars 2019 en un arrêté royal. Il s'agit d'une étape nécessaire pour rendre la répartition de la programmation entre les entités fédérées contraignante sur le plan juridique également. L'Autorité flamande ne pourra procéder à l'octroi des plannings et des agréments que lorsque cet A.R. aura été publié. [...] ».

15. L'exception est fondée. L'acte attaqué n'est pas susceptible d'être annulé.

DÉCISION

1. Les affaires A. 228.691/V-1996 et A. 228.898/V-1997 sont jointes.

2. Le Conseil d'État rejette les recours.

3. Les dépens des recours en annulation, liquidés à un droit de rôle de 400 euros, à une contribution de 40 euros, et à une indemnité de procédure de 1400 euros pour les deux affaires conjointement, due aux première, cinquième et sixième parties adverses ensemble et à une indemnité de procédure de 1400 euros due à la deuxième partie adverse, sont mis à la charge des parties requérantes, à concurrence de la moitié chacune.

Le présent arrêt a été prononcé à Bruxelles, en audience publique du neuf novembre deux mille vingt et un par le Conseil d'État, Ve chambre, composée de :

Eric Brewaeys,
Jan Clement,
Florence Piret,
assistés de
Frank Bontinck,

président de chambre,
conseiller d'État,
conseiller d'État,
greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Frank Bontinck

Eric Brewaeys