

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF

VI^e CHAMBRE

A R R Ê T

n° 263.592 du 13 juin 2025

A. 235.047/VI-22.191

En cause : 1. **le Conseil Médical du Centre Hospitalier Universitaire Brugmann,**

2. **J. J.,**

ayant élu domicile chez
M^{es} Jean BOURTEMBOURG et Matthieu DE
MÛELENAERE, avocats,
boulevard Brand Wihtlock 114/12
1200 Bruxelles,

contre :

le Centre Hospitalier Universitaire Brugmann,

ayant élu domicile chez
M^e Anne FEYT, avocat,
rue de la Source 68
1060 Bruxelles.

Parties intervenantes :

1. **l'Association hospitalière de Bruxelles –
Centre hospitalier universitaire Saint-Pierre**, en abrégé
Association hospitalière de Bruxelles – CHU Saint-Pierre,
2. **l'Association hospitalière de Bruxelles –
Centre hospitalier universitaire Jules Bordet**,
en abrégé (Institut Jules Bordet),
3. **l'Association hospitalière de Bruxelles –
Hôpital universitaire des enfants
Reïne Fabiola**, en abrégé (HUDERF),
4. **L'Université libre de Bruxelles**,
ayant élu domicile chez
M^e Anne FEYT, avocat,
rue de la Source 68
1060 Bruxelles,
5. **le centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell**, en abrégé
(l'ASBL CHIREC),
6. **l'Association Hospitalière d'Anderlecht, Saint-Gilles,
Etterbeek et Ixelles – Hôpitaux Iris Sud**,
ayant élu domicile chez
M^{es} Michel KAISER et Emmanuel GOURDIN, avocats,
boulevard Louis Schmidt 56
1040 Bruxelles.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 19 novembre 2021, les parties requérantes demandent l'annulation de :

- « - la décision du conseil d'administration de la partie adverse du 21 septembre 2021 de marquer son accord sur la construction du réseau hospitalier Clinique locorégional Chorus des 7 hôpitaux suivants :
- * le Centre Hospitalier Interrégional Edith Cavell - les Cliniques et Hôpitaux de la Basilique, de Braine-l'Alleud, Waterloo, Edith Cavell, Lambermont, du Parc Léopold et de Sainte-Anne Saint-Remy, en abrégé CHIREC, portant les numéros d'agrément 723 et 332,
- * le CHU Brugmann, portant le numéro d'agrément 077,
- * le CHU Saint-Pierre, portant le numéro d'agrément 076,
- * les Hôpitaux IRIS Sud, en abrégé HIS, portant le numéro d'agrément 087,
- * l'Hôpital Universitaire des Enfants – Reine Fabiola, en abrégé HUDERF, portant le numéro d'agrément 150,
- * l'Institut Jules Bordet, portant le numéro d'agrément 079,
- * l'Hôpital Erasme, portant le numéro d'agrément 406 et sur l'acte constitutif de l'asbl Chorus réseau hospitalier clinique locorégionale et le pacte d'associés tels que joints à la délibération ».

II. Procédure

Par requêtes introduites le 24 décembre 2021, l'Association hospitalière de Bruxelles – Centre hospitalier universitaire Saint-Pierre (en abrégé « Association hospitalière de Bruxelles – CHU Saint-Pierre »), l'Association hospitalière de Bruxelles – Centre hospitalier universitaire Jules Bordet (en abrégé « Institut Jules Bordet »), et l'Association hospitalière de Bruxelles – Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (en abrégé « HUDERF »), demandent à être reçues en qualité de parties intervenantes.

Par requête introduite le 27 décembre 2021, l'Université Libre de Bruxelles « et, en particulier, son unité d'établissement, L'HOPITAL ERASME », demande à être reçue en qualité de partie intervenante.

Par requêtes introduites le 7 janvier 2022, l'ASBL Centre hospitalier Interrégional Edith Cavell – les Cliniques et Hôpitaux de la Basilique, de Braine-l'Alleud-Waterloo, Edith Cavell, Lambermont, du Parc Leopold, Sainte-Anne, Saint-Rémi et De Delta (en abrégé « CHIREC ») et l'Association hospitalière d'Anderlecht, Saint-Gilles, Etterbeek et Ixelles – Hôpitaux Iris Sud, demandent à être reçus en qualité de parties intervenantes.

Ces interventions ont été accueillies provisoirement par une ordonnance du 18 février 2022.

Le dossier administratif a été déposé.

Les mémoires en réponse, en réplique et en intervention ont été régulièrement échangés.

M. Claudine Mertes, premier auditeur au Conseil d'État, a rédigé une note, demandant que soit mise en œuvre la procédure organisée par l'article 71, alinéa 4, de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 déterminant la procédure devant la section du contentieux administratif du Conseil d'État à l'encontre de la quatrième partie requérante en intervention.

M^{me} Claudine Mertes, premier auditeur au Conseil d'État, a rédigé un rapport sur la base de l'article 12 du règlement général de procédure.

Le rapport a été notifié aux parties.

Les parties requérante et adverse ont déposé un dernier mémoire.

Par une ordonnance du 21 février 2025, l'affaire a été fixée à l'audience du 26 mars 2025.

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.

M. Xavier Close, conseiller d'État, a exposé son rapport.

M^{es} Jean Bourtembourg, avocat, comparaissant pour les parties requérantes, M^e Nathan Mouraux *loco* M^e Anne Feyt, avocat, comparaissant pour la partie adverse et pour les trois premières parties intervenantes, et M^e Félicine Denis *loco* M^{es} Michel Kaiser et Emmanuel Gourdin, avocats, comparaissant pour les deux dernières parties intervenantes, ont été entendus en leurs observations.

M^{me} Claudine Mertes, premier auditeur, 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

1. Le 28 février 2019, est adoptée une loi 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.

À la suite de cette modification, la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins prévoit désormais, en son article 2, §1^{er}, alinéa 3, qu' « 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) et à l'exception des hôpitaux psychiatriques, chaque hôpital fait partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional tel que visé à l'article 14/1, 1^o ».

L'article 14/1, 1^o, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 précitée définit le « réseau hospitalier clinique locorégional » comme étant « 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 ».

L'article 14/2 de la loi coordonnée prévoit qu'un maximum de vingt-cinq réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux peuvent être créés pour l'ensemble du Royaume, avec un maximum de quatre réseaux composés d'hôpitaux situés sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale « mais pouvant également inclure des hôpitaux situés en dehors de la région en question ».

2. Au sein du CHU Brugmann, les discussions visant à se conformer à cette nouvelle obligation légale aboutissent à une proposition, adoptée par le conseil d'administration de la partie adverse le 15 juin 2021, prévoyant la constitution et la participation à un nouveau réseau hospitalier clinique locorégional, dénommé « Chorus », rassemblant les quatre hôpitaux de la Ville de Bruxelles (CHU Brugmann,

CHU Saint-Pierre, HUDERF et Institut Jules Bordet), l'Hôpital Erasme, les Hôpitaux IRIS Sud et les hôpitaux du CHIREC.

3. Le 16 juin 2021, le conseil d'administration de la partie adverse demande, en application des articles 137 et suivants de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, un avis simple au conseil médical sur cette proposition, sur le projet de statuts de l'association et le projet de pacte d'associés y attachés.

4. Le 29 juin 2021, le conseil médical de la partie adverse rend un avis négatif à l'unanimité.

Cet avis du conseil médical, notifié au conseil d'administration de la partie adverse le 12 juillet 2021, est motivé comme suit :

« Pour rappel, une assemblée générale des médecins s'est tenue le 20 avril 2021 lors de laquelle le projet incluant les 7 hôpitaux de l'ULB en un seul méga-réseau composé des 4 hôpitaux de la Ville de Bruxelles (CHU Brugmann, CHU St Pierre, l'HUDERF et l'Institut Jules Bordet), de l'hôpital Erasme, des hôpitaux IRIS Sud et des hôpitaux du CHIREC, n'avait obtenu que 18,9% (175 des 928 voix) d'adhésion des médecins. Le Conseil Médical réuni le lendemain avait pris acte de ce vote sans prendre position, en laissant toutes les chances de succès aux concertations qui étaient en cours.

Suite à votre demande officielle sur les nouveaux textes du réseau "CHORUS" (Version définitive du 9 juin 2021), une deuxième assemblée générale s'est tenue le 23 juin 2021 suivi d'un vote le 24 juin 2021 qui a montré de nouveau un refus massif de ce projet avec 74.8% (576 des 770 voix) des médecins de Brugmann votant contre le projet tel qu'il est présenté.

Par conséquent, le Conseil Médical de l'hôpital Brugmann s'est réuni le 29 juin 2021[1] à 19h30. Il a considéré cette demande comme un avis renforcé tant l'organisation médicale en constitue l'objectif clé. Il s'est aligné à l'unanimité à la décision de l'assemblée générale des médecins et a rejeté les 2 projets cités plus haut tels qu'ils sont actuellement rédigés, avec 13 votes contre.

Les points avancés qui ont motivé ce vote négatif sont :

1) la taille, l'ADN et la gouvernance en général

Un réseau regroupant 7 hôpitaux, publics, privés, académiques, comportant plus de 20 sites, 4500 lits. Il sera de très loin le plus grand réseau en Belgique (taille moyenne = 2000 lits), avec un degré de gouvernabilité très complexe, comme l'atteste le délai pour l'aboutissement aux textes fondateurs (2 ans de retard). Il rassemble aussi des partenaires aux histoires, cultures, ADN et philosophies médicales très différentes. Nous sommes convaincus que ce réseau va servir à la déconstruction de l'hôpital public.

Finalement le projet procède d'une logique managériale dans laquelle l'hôpital est conçu comme une entreprise comme une autre au lieu d'être centré sur l'activité médicale. Le fonctionnement des hôpitaux doit être tourné vers la réponse aux besoins de santé.

2) la place des médecins dans la gouvernance du réseau

Aucune place dans la gouvernance, sauf la place prévue par la loi pour des représentants des Conseils Médicaux réseau dans le Conseil d'Administration. Le rééquilibrage des droits de vote au sein du CA du futur réseau où les grands hôpitaux (Érasme, Brugmann, Chirec, Saint-Pierre, HIS) auront tous deux voix donne un faux sentiment d'équité car il n'y a aucune garantie qu'un des 2 sièges du CHU Brugmann soit attribué à un médecin alors que des médecins représenteront avec certitude le CHIREC et Erasme, créant ainsi une asymétrie dommageable pour défendre nos intérêts médicaux.

Le faible nombre et le mécanisme du vote en CA rend le poids des médecins tout à fait minime. Par ailleurs, les Conseils Médicaux des hôpitaux n'ont pas été acceptés comme membres fondateurs du réseau, au contraire de ce qui a toujours été fait dans les hôpitaux publics de la Ville de Bruxelles où les Conseils Médicaux sont membres fondateurs, ce qui leur ouvre des droits plus importants de vote.

La manière avec laquelle le projet s'est construit sans aucun souci de tenir compte de l'avis de la communauté médicale, en concevant l'avis du Conseil Médical ou de l'assemblée générale des médecins hospitaliers comme une simple formalité dont il ne sera tenu aucun compte, sans aucun souci d'un réel dialogue – les promoteurs du projet concevant le dialogue comme le temps d'amener leurs interlocuteurs à adhérer à ce qu'ils proposaient - ne peut que faire naître les plus grands doutes sur la gouvernance du réseau.

La crise de gouvernance dans les hôpitaux IRIS depuis des années est patente. Que l'on songe au rythme avec lequel les directeurs médicaux se succèdent. Cette crise de la gouvernance affecte l'hôpital. Cette crise maltraite les soignants et les patients.

Chacun sait - sauf semble-t-il ceux qui nous gouvernent - qu'il est indispensable de réintroduire de la démocratie à tous les étages dans l'hôpital, rétablir un équilibre entre le pouvoir médical et le pouvoir administratif.

Le Conseil Médical constate que le gestionnaire fait tout pour que nous avancions à reculons sans tirer aucun enseignement du passé et, surtout, sans fonder ses décisions sur une meilleure information des besoins et sur l'ambition d'instaurer une démocratie sanitaire dont le gestionnaire ne veut à aucun prix.

3) le faux sentiment de création de 3 réseaux dans le réseau

En effet, les nouveaux textes instaurent trois sous-groupes entre des hôpitaux qui ont émis un souhait particulier de collaborer de façon renforcée. Ces trois sous-groupes soi-disant conservent une certaine autonomie pour définir le plan médical : le GHUB-3 ; HIS-Chirec ; et Saint-Pierre / Brugmann. S'ils ont le mérite d'être formalisés sur papier, ces 3 groupes n'ont pourtant aucune valeur sur le plan juridique puisque c'est le réseau dans son ensemble qui reçoit un agrément Cocom et, demain, le réseau dans son ensemble qui pourrait recevoir un financement ou des agréments à répartir.

4) le flou sur la distribution des centres de référence

La clause qui prévoyait que l'entière responsabilité des centres de référence futurs, restant à déterminer par le ministère, seront attribués au GHUB-3, a été annulée. Cette clause n'existe plus. Cependant il n'est pas précisé comment les centres de référence seront attribués, ni avec quelles garanties pour les uns et les autres. L'état d'esprit qui avait conduit les autorités à rédiger cette clause reste inquiétant et il

aurait été plus opportun de clarifier la distribution équitable des centres de références afin de lever tout doute quant à la volonté de centraliser au niveau du GHUB-3.

5) la perte de la souveraineté stratégique du CHU Brugmann

Il suffit de lire les textes de loi pour comprendre que les compétences stratégiques sont transférées au niveau du réseau. La loi sur les réseaux prévoit dans le futur une intégration financière des partenaires, un budget fédéral par réseau, et l'attribution d'agréments par réseau. La souveraineté du CHU Brugmann sera transférée dans des organes où les médecins seront très peu influents et où siègeront des personnes partageant une philosophie des soins parfois très différente.

6) les enjeux financiers qui découlent de l'adhésion dans le réseau CHORUS

Il découle de la philosophie de la loi sur les réseaux une probabilité haute en termes de solidarité financière entre les hôpitaux partenaires. Le réseau pourrait même devenir le perceuteur central de tous les honoraires générés dans les hôpitaux et le responsable de la réaffectation de ces honoraires. Dans ce contexte, une cartographie complète de la situation financière de départ de chaque hôpital (bilan, dettes...) apparaît cruciale. Ceci nous a été continuellement refusé. Un transfert de fonds d'un hôpital vers un autre pour couvrir des dettes est grandement facilité par la mise en réseau.

7) absence d'engagement de l'ULB quant au caractère universitaire, enseignement et recherche

L'ULB, bien qu'impliquée fortement dans la rédaction des textes et le choix du nom du réseau, n'est pas signataire et ne prend aucun engagement. Il n'est nulle part évoqué que l'ULB s'engage à répartir équitablement ses mandats d'enseignants et ses MACS dans le réseau CHORUS, ni que le statut des médecins fonctionnaires et salariés évoluera au plus tôt vers une convergence, pourtant base indispensable d'une coopération solidaire.

8) absence d'évaluation d'un scénario alternatif

En dépit des demandes répétées des Conseils Médicaux de Saint-Pierre et Brugmann, aucun scénario alternatif n'a été sérieusement exploré par les autorités. Les textes du réseau CHORUS sont présentés aux 7 conseils d'administration des hôpitaux en dépit des avertissements émis par 4 Présidents de Conseils Médicaux sur 7, en faveur d'un scénario à deux réseaux et pressant la taille du réseau CHORUS comme un grand frein à la bonne gouvernance.

En conclusion, le Conseil Médical regrette d'avoir été mis sous pression afin de prendre cette décision dans l'urgence, juste avant les vacances d'été et pourtant la même méthode utilisée auparavant avait abouti à un vote négatif pour le GHUB-5. Les médecins ont l'impression qu'il n'y a aucune volonté du politique d'apprendre des erreurs du passé. Ceci est d'autant plus regrettable qu'un délai allant jusqu'en fin septembre a été accordé à HIS, Erasme et le Chirec.

Conscients de l'urgence qui est celle de faire partie d'un réseau, le Conseil Médical du CHU Brugmann propose d'étudier rapidement le plan alternatif proposé en mai 2021 et qui est celui d'un réseau entre l'hôpital St Pierre et Brugmann et tout autre partenaire qui partage la même philosophie que celle détaillée dans les textes du réseau (statuts et pacte d'associé) qui se trouvent en annexe. Nous demandons que ceci soit mis à l'ordre du jour du prochain conseil d'administration du CHU Brugmann ».

5. Le 20 juillet 2021, le conseil d'administration de la partie adverse prend connaissance de l'avis négatif du conseil médical, décide qu'il est nécessaire « que chacun et chacune puisse y réfléchir de manière posée et approfondie et analyser chacun des arguments » et fixe une nouvelle réunion au mois de septembre 2021 pour prise de décision.

6. Le 19 septembre 2021, le deuxième requérant, en sa qualité de président du conseil médical, adresse un courrier aux administrateurs dans lequel il attire leur attention sur les risques considérables de fracture durable entre le gestionnaire et les communautés médicales, sur la nécessité et sur la possibilité de renouer le dialogue. Il invite les administrateurs « à étudier et à mettre en œuvre une solution alternative » au réseau « Chorus », composé de sept hôpitaux.

7. Le 21 septembre 2021, le conseil d'administration de la partie adverse décide, par 13 voix contre 5, de marquer son accord sur la constitution du réseau hospitalier clinique locorégional « Chorus », l'acte constitutif de l'ASBL « Chorus » et le pacte d'associés.

Cette décision est motivée comme suit :

« Rétroactes

Madame la Présidente rappelle qu'outre l'important et assidu travail de préparation qui a été mené pendant de nombreux mois, au cours d'une dizaine de réunions formelles, et l'information périodique qui a été faite méthodiquement aux membres du CA, les deux dernières séances du CA ont permis :

- le 15 juin 2021 : de discuter de la proposition d'adhérer et de participer au réseau hospitalier clinique locorégional Chorus de 7 hôpitaux, selon les documents suivants : Mémoire, statuts et pacte d'associés et en vertu des dispositions légales concernées de la loi du 8 juillet 1976 et de celles de la loi sur les hôpitaux du 10 juillet 2008 modifiée par la loi du 28 février 2019 et de soumettre cette proposition longuement argumentée de constitution du réseau Chorus à l'avis simple du CM en vertu de l'article 137, 12°, de la loi sur les hôpitaux ;
- le 20 juillet 2021 : de prendre acte de l'avis du CM du 12 juillet 2021 et de l'analyser de manière approfondie en vue du CA du 21 septembre 2021.

Madame La Présidente a également pris connaissance d'un courrier du Président du Conseil médical le Docteur [J], adressé dimanche aux administrateurs.

Ce courrier, à la demande du docteur [J], est un courrier officiel joint à l'avis déjà rendu du Conseil médical.

Débat

Madame la présidente, à la demande du conseil médical, a mis à l'ordre du jour une proposition alternative de réseau, composé au moins du CHU Saint Pierre et du CHU Brugmann.

Elle propose que la discussion générale porte sur les 2 points à l'ordre du jour,

points qui seront dissociés au niveau des votes.

Madame la Présidente passe la parole au Dr [J] pour qu'il puisse commenter l'avis du Conseil médical.

Le Dr [J] rappelle que le vote défavorable du Conseil médical, précédé de deux assemblées générales allant en ce sens, est sans équivoque en défaveur du projet d'adhésion au réseau Chorus : les médecins ne veulent pas d'un réseau si grand à 7 hôpitaux et 20 sites différents. Établir 3 groupes dans un réseau n'a pas de sens ; cela reste juridiquement un seul réseau. Le Conseil médical a l'impression de ne pas être entendu et d'être méprisé. C'est avec les médecins que l'hôpital peut être redressé. Si le CA vote favorablement à la constitution du réseau Chorus, contre l'avis du Conseil médical, la fracture avec le gestionnaire va être difficilement réparable. L'alternative est bien un réseau constitué par le CHU Brugmann et le CHU Saint Pierre quitte ensuite à ce que les deux réseaux se rejoignent quand les esprits seront mûrs.

Madame La Présidente fait part de son attention à l'exigence de respect dû à chacun et elle est donc sensible aux termes employés par le Conseil médical d'irrespect et de mépris. Elle tient à rappeler l'ampleur des négociations ayant abouti aux modifications apportées aux textes qui démontrent au contraire la grande attention apportée aux arguments du Conseil médical. Les discussions ont commencé en novembre/décembre 2019 à IRIS avec un rapport de Deloitte et une proposition de 3 scénarios différents dont celui-ci à 7 hôpitaux.

Pour rappel, sont représentés au CA d'Iris non seulement les gestionnaires des hôpitaux et les présidents de conseil d'administration mais également les présidents de conseil médical de chacun de nos hôpitaux publics.

Il n'y avait pas eu à ce stade de demande d'un réseau Saint Pierre-Brugmann. Le scénario du réseau à 7 a été retenu et une mission confiée pour formaliser cet accord entre les 7 hôpitaux. L'Ordonnance du 22/10/2020 a modifié l'article 79 et le Chapitre XII bis de la loi du 8 juillet 1976. En décembre 2020, il y a eu un avis d'initiative des deux Conseils médicaux des CHU Saint Pierre et Brugmann refusant le réseau de 7 hôpitaux car n'y désirant pas les hôpitaux Erasme et Chirec.

Or, dans le GHUB, Erasme est en groupement avec l'Huderf et Bordet ce qui rend impossible cette exclusion. Un mandat a alors été donné à MM [W] et [E] en mars 2021 pour rencontrer les Conseils médicaux et entendre leurs arguments. Les 7 Conseils médicaux des hôpitaux pressentis ont alors demandé d'établir des rencontres entre les représentants des 7 hôpitaux.

Cette demande a été rencontrée et 7 réunions ont eu lieu pour étudier de manière approfondie 7 scénarios en présence des Présidents de CA, des Directeurs généraux, des Directeurs généraux médicaux et des Présidents des Conseils médicaux. Divers experts ont été entendus, des comparaisons ont été réalisées avec les réseaux en Wallonie et en Flandre. Les questions de gouvernance ont été largement débattues.

Nous n'avons pu constater, après ces longues négociations, qu'aucune unanimité n'était possible et que la solution la moins litigieuse était de créer un seul réseau avec les 7 hôpitaux : CHORUS.

Mais, grâce au travail de négociation qui a été accompli avec tous les partenaires, les textes initiaux ont été très largement modifiés pour prendre en compte les différentes demandes et critiques.

Madame la Présidente conclut par le fait que la concertation est essentielle même si on n'aboutit pas à un accord et est la marque du respect institutionnel. Elle

propose de mener d'abord une discussion générale puis d'examiner un par un les arguments du Conseil médical repris dans son avis dans une démarche respectueuse et attentive.

M. [M.] souhaite saluer les efforts qui ont été faits et en particulier ceux de MM [W] et [E] dans un contexte par ailleurs difficile en raison de la pandémie. Le Dr [J] relève que cela ne fait pas deux ans que la discussion est menée car il y a eu avant la discussion sur le GHUB. Ce n'est que depuis fin 2020 que la discussion est menée directement avec les Conseils médicaux.

Plus personne ne souhaitant prendre la parole, Mme La Présidente propose de passer à l'analyse de l'avis du Conseil médical argument par argument.

Le CM fait part de 8 arguments justifiant son avis négatif sur la proposition de constitution du réseau Chorus à 7 hôpitaux.

Les 1^{er} et 2^{ème} arguments du CM portent sur la taille trop importante du réseau, un ADN trop différent entre hôpitaux et sa gouvernance inadéquate car les médecins y auront un poids minime. Le CM est convaincu que ce réseau va déconstruire l'hôpital public.

Cet argumentaire surprend pour plusieurs raisons : tout d'abord sur ces 7 hôpitaux, 5 hôpitaux ont un pouvoir organisateur public, l'un un pouvoir organisateur privé non marchand et enfin un pouvoir organisateur académique. La constitution d'un réseau n'entraîne aucune modification de la nature du pouvoir organisateur des hôpitaux qui composent le réseau qui est donc à fort ADN public. Tous les administrateurs sont convaincus de la nécessaire défense de l'hôpital public ; ses missions doivent être reconnues et mieux rémunérées.

Les actionnaires de la Ville et le CPAS investissent largement et soutiennent les hôpitaux publics dont le CHU Brugmann qui est dans une situation budgétaire très difficile. En outre, l'article 2 du projet des statuts Chorus prévoit la garantie de soins hospitaliers de qualité et accessibles sans discrimination aux patients de la part des hôpitaux constituant le réseau. L'exercice des missions de service public, enfin, est garanti et contrôlé par IRIS dans le cadre de ses missions légales et en tant que signataire de l'acte constitutif de l'ASBL Chorus.

Le fait que ce soit un grand réseau est en revanche un atout et non un inconvénient : de par sa taille, grâce à une gouvernance adaptée, il permet d'unir plusieurs cohérences : une cohérence académique qui réunit ces 6 hôpitaux à l'hôpital académique de l'ULB, une cohérence publique autour des Ville, Communes et CPAS associés qui sont pouvoirs organisateurs des 5 hôpitaux publics ; une cohérence de collaboration enfin entre les 7 hôpitaux prévenant une concurrence qui restreindrait l'attractivité globale du réseau Chorus pour ses patients ou prestataires, telle que décrite à l'article 2 du pacte des associés.

Ceci est d'ailleurs une des réponses au choix de ne pas limiter le réseau à seulement 2 hôpitaux. Cela casserait toutes ces cohérences.

En sus, par leur taille insuffisante, les 2 hôpitaux ne pourraient pas garantir le maintien des points de référence contrairement à ce qui est prévu dans Chorus. Ils ne disposent par ailleurs pas de tous les agréments hospitaliers.

Un petit réseau risque d'être emporté par la concurrence de ses voisins. C'est d'autant plus vrai vu la situation fragile de notre hôpital.

Enfin la gouvernance a été longuement débattue et plusieurs fois modifiée avant d'aboutir à cette proposition finale pour le réseau Chorus : outre qu'elle répond à la loi, elle correspond aux bonnes pratiques reconnues par le nombre

d'administrateurs et les modalités de vote, elle s'équilibre par ailleurs par la reconnaissance de 3 groupes : un groupe des hôpitaux de stage (HIS et CHIREC), un groupe des CHU (Saint Pierre et Brugmann) et un groupe GHUB (Erasmus, Bordet et l'HUDERF). Ces 3 groupes correspondent à une organisation médicale assez proche avec des bassins de soins qui se complètent. Ayant à peu près le même poids en lits agréés, chaque groupe aura le même nombre de représentants au sein de l'AG et du CA de l'ASBL Chorus.

Des majorités au sein des groupes et des votes à majorité spéciale pour le réseau sont prévus pour protéger d'une décision qui lèserait les intérêts d'un groupe.

Dernier point : au CA siègeront également 3 représentants du CM du réseau, un par groupe et non plus un seul comme prévu initialement. L'administrateur indépendant sera également un médecin. D'autres médecins désignés par certains hôpitaux viendront les rejoindre.

Il pourrait y avoir près de la moitié de médecins parmi les administrateurs !

M. Michel relève les efforts importants et durables des actionnaires publics. Notamment tous les hôpitaux ont été reconstruits. Il s'inquiète toutefois d'un éventuel débauchage de la patientèle plus aisée par l'hôpital privé. La responsabilité des médecins sera importante pour l'interdire. Mme la Présidente estime important ce rappel : il avait été songé d'abord à un réseau des 4 hôpitaux relevant de l'actionnariat public bruxellois et d'Erasmus qui fait partie du GHUB.

Mais HIS était demandeur de rester partenaire de ce réseau et avec d'autres, demandeurs d'y associer l'hôpital privé justement pour éviter une concurrence externe.

Le Dr [J] estime que certes on ne connaît pas les décisions qui vont être prises en matière d'agrément mais qu'il serait de bon sens d'avoir un lien entre taille du réseau et nombre d'agréments. Par prudence il vaut mieux deux réseaux qui seront dans une concurrence saine.

M. [M] revient sur la notion de complémentarité, objectif poursuivi par le législateur, pour offrir à la patientèle tous les points de référence dans un bassin de soins. Le réseau Chorus à 7 hôpitaux ne crée pas de monopole mais au contraire la garantie que chaque groupe sera respecté dans l'organisation de l'offre de soins. Le Dr [J] avance que s'il faut trop souvent mettre en œuvre des procédures de sonnette d'alarme cela démontre le non-sens de ce réseau à 7. Cela sera ingouvernable.

M. [Ma], représentant de l'ULB et doyen de la Faculté de médecine retrouve la cohérence de l'enseignement intégré [de l'] ULB dans ce réseau Chorus ce qui est important. L'hôpital académique n'est pas délétère à l'hôpital public.

Le CM met également en évidence, [un] 3ème argument, "le faux sentiment" de création de 3 réseaux dans le réseau.

Madame la présidente se dit surprise par cet argument. La structure interne du réseau a justement été imaginée pour répondre à la demande de plusieurs conseils médicaux. Et cette structure permet justement le rapprochement voulu par les CM des hôpitaux Saint-Pierre et Brugmann qui l'ont traduit dans un plan médical.

Et si effectivement ces groupes ne sont pas des réseaux, ils ont une valeur importante sur le plan juridique : en effet, les statuts et le pacte d'associés sont la "loi des parties". Leur reconnaissance statutaire et leur organisation à librement définir par les hôpitaux qui le composent traduisent leur importance et en font les moteurs d'impulsion du réseau. Tout est conçu pour que le poids et la spécificité

de chaque groupe permettent que le réseau n'intervienne que de manière subsidiaire et notamment pour éviter des concurrences malsaines.

Le Dr [J] met en évidence que le seul groupe c'est le GHUB.

Madame la Présidente relève que le GHUB est un groupement hospitalier intégré mais qu'il y a d'autres formes de groupement. Il en existe un par exemple entre Brugmann et l'Hudarf.

Elle rappelle que les groupes, qui ne sont pas des groupements, permettent de renforcer la collaboration entre hôpitaux les constituant.

4^{ème} argument, le CM souhaite une distribution équitable des centres de référence et regrette qu'il ne soit pas précisé comment ils seront attribués entre hôpitaux du réseau.

Actuellement, il n'est pas encore défini par les autorités quels seront ces points de référence et leurs critères de désignation. Les hôpitaux du réseau Chorus affirment toutefois leur volonté de préserver leurs points de référence et d'organiser le maintien d'au moins l'un d'entre eux à supposer que de nouvelles normes d'agrément en restreindraient le nombre. À la concurrence non régulée est donc préféré un mécanisme de protection pour les hôpitaux du réseau. Les groupes et leurs hôpitaux ont par ailleurs toute liberté pour développer toute pratique innovante, programme de recherche...

Madame la Présidente fait état qu'un réseau trop petit comme le scénario alternatif proposé par les deux Conseils médicaux pourraient n'avoir droit à aucun agrément. Prenant en compte les arguments des Conseils médicaux du CHU Saint Pierre et du CHU Brugmann, la clause prévoyant que référence serait faite aux hôpitaux du GHUB pour les points de référence non encore présents dans un autre hôpital du réseau a été supprimée.

Le Dr [J] précise qu'il aurait été important dès lors de prévoir où ils seraient reconnus et en tous cas d'avoir toute certitude qu'ils ne seraient pas reconnus automatiquement aux hôpitaux du GHUB ou qu'ils ne seraient pas imposés sans tenir en compte les intérêts du CHU Brugmann.

M. [Ma] précise que déjà les allouer c'est impossible puisque les critères n'en n'ont pas encore été fixés. Par ailleurs, les deux hôpitaux monospécialisés Bordet et l'Hudarf sont des hôpitaux publics.

Madame La Présidente fait valoir que la reconnaissance des groupes permettra cette discussion en prenant en compte la défense des intérêts du CHU Brugmann.

M. [M] précise que cette discussion risque d'être trop difficile, une fois les critères connus, s'il existe deux réseaux dont un seul pourrait être éligible au détriment de l'autre.

La perte de souveraineté stratégique de l'hôpital est également mise en avant dans un 5^{ème} argument.

Madame la Présidente précise qu'en réalité, la perte de souveraineté est, dans tous les cas de figure de réseaux, un corollaire possible de la décision du pouvoir fédéral de créer des réseaux hospitaliers.

En même temps, au stade actuel, cette perte de souveraineté potentielle n'est corroborée par aucune décision complémentaire du pouvoir fédéral. On en reste actuellement au stade de la collaboration.

Cela étant dit, cet argument du CM a déjà été rencontré à l'occasion de celui relatif à la gouvernance retenant le principe de liberté d'organisation des groupes et

hôpitaux et des mécanismes spécifiques de vote évitant toute décision lésionnaire. Il est renforcé par le principe de subsidiarité du réseau qui n'agira que sur délégation ou demande d'un ou plusieurs hôpitaux.

Le Dr [J] estime qu'avec un seul réseau des hôpitaux seront désavantagés et que le but est déjà de ne pas perdre les acquis actuels.

Madame la Présidente attire l'attention sur le fait que la constitution des autres réseaux risque de diminuer le nombre de patients et que la solidarité du réseau Chorus sera bien utile. Pour le surplus, comme pour tous les réseaux en Belgique, la loi peut être modifiée dans le futur et en ce cas il est convenu que les hôpitaux parties au réseau Chorus s'engagent à revoir le pacte d'associés (à la demande d'ailleurs aussi d'une partie).

Les enjeux financiers auraient dû être étudiés de manière approfondie car la loi sur les réseaux pourrait imposer une solidarité financière et le réseau devenir percepteur central des honoraires des médecins, 6^{ème} argument.

À ce jour ce n'est pas le cas. Il est en outre prévu dans les textes fondateurs du réseau et, cela sera réitéré dans la demande d'agrément du réseau, qu'il est exclu des compétences du réseau tout ce qui relève de la perception centrale des honoraires.

La solidarité du réseau Chorus pourrait aussi être avantageuse pour un hôpital dont la santé financière est plus précaire comme c'est le cas pour le CHU Brugmann actuellement et ce sans perdre sa spécificité.

Le Dr [J] relève que le CHU Saint Pierre connaît justement de bons résultats financiers. M. [W] acquiesce mais détaille que c'est aussi dû à des résultats exceptionnels et que la situation n'est pas garantie pour l'avenir. La question adéquate est celle de savoir si le réseau Chorus peut être une réponse facilitatrice à la difficulté ou une amplification de celle-ci.

Le 7^{ème} argument reproche à l'ULB de ne prendre aucun engagement en matière d'allocation équitable des mandats de recherche et d'enseignement ou de convergence du statut des médecins. C'est en l'espèce confondre les compétences différentes entre réseau et groupement hospitalier. M. [Ma] ne comprend pas cet argument.

Enfin le 8^{ème} argument porte sur l'absence d'étude d'un scénario alternatif.

7 scénarios d'association sont possibles et force est de constater qu'aucun ne fait consensus et qu'il n'y a pas de scénario alternatif qui rencontre l'adhésion de la majorité des partenaires.

Tous les scénarios ont fait l'objet d'un examen attentif. Un réseau ne comprenant que deux hôpitaux le CHU Saint Pierre et le CHU Brugmann ne pourrait, par sa taille insuffisante, garantir le maintien de points de référence contrairement à ce qui est prévu pour le réseau Chorus ; les hôpitaux ne disposent d'ailleurs pas comme on l'a déjà dit de l'ensemble de tous les agréments hospitaliers ; le rapprochement entre les hôpitaux Saint Pierre et Brugmann est organisé au sein du réseau Chorus permettant ainsi à ces deux hôpitaux de bénéficier aussi des autres avantages de ce réseau sans encourir le risque réel lié à la constitution d'un réseau trop limité à deux hôpitaux ; la constitution de ce 2^{ème} réseau n'est donc pas nécessaire pour réaliser cet objectif et bien plus ce réseau serait exposé seul à la concurrence des autres réseaux.

Le Dr [J] estime que le rapport Antarès n'a pas été exploité comme il aurait fallu.

Madame la Présidente rappelle qu'à la dernière séance personne ne l'a souhaité. Le seul réseau réaliste est donc celui comprenant les 7 hôpitaux qui a été longuement discuté pour trouver les points d'équilibre permettant à chaque CA et chaque CM des 7 hôpitaux de se prononcer sur base de textes identiques.

M. [M] estime qu'il ne voit pas d'arguments pour rejeter le réseau Chorus sur base de cette discussion.

Il y a débat sur des arguments et celui-ci ne peut se réduire à être pour ou contre le réseau Chorus.

M. [C] fait part de son avis. Il relève que le refus des médecins est incontournable et que même si les avancées sont importantes un accord n'a pas été atteint. Il ne peut concevoir de prendre une décision qui s'oppose à l'avis si massif des médecins et s'abstiendra.

En conclusion, contrairement à ce qu'indique le Conseil médical, l'organisation médicale n'est pas à ce stade l'élément clé de la constitution du réseau Chorus. Au contraire, les principes de subsidiarité et de liberté des groupes et hôpitaux sont fondateurs de ce réseau. En vertu de ceux-ci, la priorité leur est donnée notamment d'organiser leur stratégie médicale, de déterminer l'offre de soins locorégionale et de développer les collaborations souhaitées avec d'autres institutions indépendamment du réseau Chorus. Chaque hôpital et donc la volonté commune des 7 hôpitaux -qui sera actée dans la demande d'agrément du réseau auprès des autorités compétentes-est aussi d'exclure des compétences du réseau Chorus les articles 144 et 157/1 de la LCH relatives notamment à la réglementation générale, à la perception des honoraires et à la rémunération des médecins. Conformément à l'article 2 du pacte d'associés, le gestionnaire de l'hôpital reste seul responsable de la gestion opérationnelle et financière de l'hôpital.

Madame La Présidente, répondant au Dr [J] qui estime que ce n'est pas en discutant qu'on peut dire qu'on écoute les médecins, relève encore qu'il n'y a pas seulement eu discussions mais des changements importants apportés aux textes. De nouvelles propositions ont été faites. Il y a eu négociation, des compromis ont été adoptés et elle regrette que ceux-ci n'aient pas fait l'objet d'un consensus unanime.

Outre le fait que la loi sur les réseaux n'exige pas un avis dit renforcé du CM, ces principes justifient un avis simple du CM conformément à l'article 137, 12°, de la LCH comme d'ailleurs retenu par les autorités administratives du pays.

Le réseau Chorus est un réseau exerçant des missions de coordination, de conciliation si les intérêts des hôpitaux le composant étaient menacés et d'organisation de missions qui lui seront confiées sur délégation.
[...] ».

Il s'agit de l'acte attaqué.

IV. Non-paiement des droits de rôle dans le chef de la quatrième requérante en intervention

En application de l'article 70, § 2, alinéa 1^{er}, de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 précité, l'introduction d'une requête en intervention donne lieu au paiement d'un droit de cent cinquante euros.

L'article 71, alinéas 1^{er} et 2, du même arrêté prévoit que les droits sont acquittés par un virement ou un versement sur le compte bancaire ouvert auprès du service désigné au sein du Service public fédéral des Finances comme compétent pour percevoir les droits au Conseil d'État et qu'à cette fin, le greffier en chef adresse au débiteur une formule de virement portant une communication structurée permettant d'imputer le paiement à l'acte de procédure auquel il se rapporte. Selon l'alinéa 4 de cette disposition, si le compte bancaire n'est pas crédité du montant dû dans un délai de trente jours, la chambre répute non accompli ou raye du rôle la demande ou le recours introduit.

Par un courrier déposé sur la plateforme du Conseil d'État le 3 janvier 2022 et ouvert le 11 février 2022, la quatrième partie requérante en intervention a été invitée à effectuer le paiement des droits visés à l'article 70, § 2, de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 précité, ce qui n'a pas été fait.

Conformément à l'article 71, alinéa 4, de l'arrêté du Régent du 23 août 1948 précité, la requête en intervention doit, dès lors, être réputée non accomplie.

V. Interventions

V.1. Thèses des parties

A. Thèses des requérantes en intervention

Les première, deuxième, et troisième requérantes en intervention indiquent être membres du réseau hospitalier clinique locorégional « Chorus ». Elles estiment être directement intéressées et concernées par la solution qui sera donnée à la présente affaire, s'agissant de la participation au réseau de l'un des six autres hôpitaux qui en est membre. Elles soulignent, à cet égard, qu'une annulation des décisions attaquées aurait une incidence sur la création et la composition du réseau qu'elles ont décidé de constituer.

Les cinquième et sixième requérantes en intervention, qui sont également membres du réseau hospitalier clinique locorégional « Chorus », estiment aussi avoir un intérêt à intervenir. La sixième requérante en intervention en particulier souligne que sa décision de participer au réseau est soumise à une condition résolutoire selon laquelle « si l'une des 6 autres institutions hospitalières membre fondateur du réseau CHORUS (CHIREC, CHU St Pierre, CHU Brugmann, Erasme, Bordet et HUDERF), pour une raison quelconque, ne devait pas faire partie dudit réseau, la présente

décision devra être considérée comme nulle non avenue ».

B. Thèse des parties requérantes

Les parties requérantes soulignent, dans leur mémoire en réplique, que leur recours n'a pas pour objet « le réseau hospitalier en tant que tel », mais bien « la décision de la partie adverse de participer à sa création ». Elles relèvent que les statuts de l'association et le pacte d'associés ne précisent pas que l'absence de participation de la partie adverse au réseau « Chorus » emporterait l'impossibilité « pour les autres hôpitaux de poursuivre le réseau ». Elles estiment dès lors que la diminution du nombre de membres dans ce réseau n'apparaît pas concrètement causer un préjudice aux requérantes en intervention.

V.2. Appréciation du Conseil d'État

Il résulte de l'article 21*bis* des lois coordonnées sur le Conseil d'État et de l'article 52, § 3, 4°, du règlement général de procédure que celui qui souhaite intervenir à la cause doit établir qu'il peut retirer un avantage personnel soit de l'annulation de l'acte attaqué, soit du rejet du recours. Le Conseil d'État apprécie cet intérêt, *mutatis mutandis*, de la même manière que l'intérêt au recours. Cet intérêt doit donc être certain, direct et personnel, même lorsqu'il s'agit d'une intervention volontaire.

Les cinq requérantes en intervention sont membres du réseau hospitalier clinique locorégional « Chorus », auquel la partie adverse a décidé, par l'adoption de l'acte attaqué, de participer.

La loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins contraint l'ensemble des hôpitaux à participer à un réseau hospitalier clinique locorégional, mais elle leur laisse une certaine liberté d'appréciation dans le choix du réseau qu'ils entendent créer ou rejoindre. Ils peuvent, dans ce contexte, notamment décider de participer à un réseau en considération des autres hôpitaux qui le composent.

Une éventuelle annulation de l'acte attaqué pourrait avoir une incidence sur la création et la composition du réseau dont les requérantes en intervention font partie, et affecter l'équilibre qu'elles ont entendu atteindre – notamment sur le plan de la gestion de ce réseau – en approuvant cette composition.

Les cinq requérantes en intervention disposent dès lors d'un intérêt à intervenir à la cause, de sorte qu'il convient d'accueillir leurs demandes.

VI. Premier moyen

VI.1. Thèses des parties

A. Requête en annulation

Les parties requérantes soulèvent un premier moyen pris de « la violation du principe de motivation matérielle des actes administratifs, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 relative à la motivation formelle des actes administratifs, de la violation, par la loi du 29 mars 2021 “modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne l’application du contrôle préalable des concentrations pour le réseautage clinique entre hôpitaux”, du principe d’égalité et de non-discrimination tel que consacré par le droit de l’Union européenne et par les articles 10 et 11 de la Constitution, du principe de non-rétroactivité des lois, des articles 101 et 102 du TFUE, du protocole n° 27 du TUE et des règlements (CE) n° 139/2004 du Conseil du 20 janvier 2004 relatif au contrôle des concentrations entre entreprises et (CE) et de l’excès de pouvoir ».

Elles expliquent en substance que selon une analyse réalisée par l’auditorat de l’Autorité belge de la concurrence, la création d’un réseau hospitalier clinique locorégional correspond à une concentration d’entreprises, au sens de l’article 3 du règlement n° 139/2004 et du livre IV du Code de droit économique. De leur point de vue, afin d’éviter l’application des règles du Code de droit économique relatives à de telles concentrations, le législateur a adopté une loi du 29 mars 2021 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins en ce qui concerne l’application du contrôle préalable des concentrations pour le réseautage clinique entre hôpitaux. Ce choix du législateur belge « d’ “immuniser” les concentrations d’hôpitaux des règles normalement en vigueur en droit de la concurrence » serait une exception « dans le paysage européen ».

Elles mettent dès lors en doute la conformité de la loi précitée avec les dispositions du droit de l’Union européenne visées au moyen, et sollicitent que la Cour de Justice de l’Union européenne soit interrogée « pour s’assurer que l’ “immunisation” instaurée par le législateur ne méconnaît pas le droit européen de la concurrence ».

Les parties requérantes estiment par ailleurs que cette dispense d'application des règles de contrôle de concentration d'entreprises est contraire au principe d'égalité et de non-discrimination « en ce qu'il prive les hôpitaux devant former des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux, mais également tous les acteurs directement concernés par ces établissements (patients, assureurs, médecins, fournisseurs..) du bénéfice de dispositions permettant de contrôler que cette concentration ne leur soit pas préjudiciable ». Elles sollicitent dès lors que la Cour constitutionnelle soit interrogée sur la conformité de la loi du 29 mars 2021 aux articles 10 et 11 de la Constitution.

Les parties requérantes contestent enfin le caractère rétroactif de la loi du 29 mars 2021, qui a été publiée le 16 avril 2021 mais est entrée en vigueur le 28 février 2019. Selon elles, il s'agit d'une atteinte injustifiée au principe de sécurité juridique. Elles sollicitent dès lors que la Cour constitutionnelle soit également interrogée à ce sujet.

Les parties requérantes concluent que l'acte attaqué, qui fait application d'une loi irrégulière, est vicié en sa motivation matérielle et en sa motivation formelle.

B. Mémoire en réponse

La partie adverse souligne que l'acte attaqué est la décision de son conseil d'administration de marquer son accord sur la constitution du réseau hospitalier clinique locorégional « Chorus », sur l'acte constitutif de l'ASBL « Chorus » et sur le pacte d'associés.

Selon elle, en application de l'article IV.10 du Code de droit économique, « la notification d'une opération de concentration à l'Autorité belge de la Concurrence (ABC) doit intervenir après la conclusion de l'accord relatif à l'opération de concentration ». À son estime, même si la loi du 29 mars 2021 s'avère contraire aux normes supérieures visées au moyen, l'acte attaqué n'est pas pour autant irrégulier. L'article IV.10, §1^{er}, n'interdirait en effet pas de conclure des accords relatifs à des concentrations, puisqu'un tel accord est, au contraire, un préalable à toute notification. L'éventuelle irrégularité de la loi du 29 mars 2021 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins en ce qui concerne l'application du contrôle préalable des concentrations pour le réseautage clinique entre hôpitaux serait donc « sans incidence sur la régularité de la décision querellée », celle-ci ne faisant pas application de cette loi.

La partie adverse soutient ensuite ce qui suit :

- « Il existe des sanctions spécifiques pour les violations éventuelles des dispositions du Code de droit économique en matière de concentration.

Plus particulièrement, le Code de droit économique prévoit que le Collège de la Concurrence peut infliger des amendes et des astreintes s'élevant jusqu'à 10 % du chiffre d'affaires mondial pour les entreprises qui mettent en œuvre la concentration avant [...] qu'elle soit réputée admissible (article IV.80).

En d'autres termes, une violation de l'obligation de notification n'affecte pas la décision de concentration en elle-même, laquelle peut être régulière même si sa notification ne l'est pas. La notification est une obligation de nature formelle qui enclenche le processus de vérification de la conformité d'une concentration aux règles de droit de la concurrence, dont la méconnaissance est sans incidence sur la régularité de l'opération dont la notification n'a pas eu lieu dans les formes ou au moment attendu.

Ceci implique pour ce qui concerne le présent moyen, qu'une hypothétique violation de l'article IV.10, §§ 1^{er} et 4, du Code de droit économique par application de la loi du 29 mars 2021, ne serait en tout état de cause pas susceptible d'affecter la régularité de la décision querellée ».

La partie adverse explique, à titre subsidiaire, les raisons pour lesquelles, de son point de vue, la loi du 29 mars 2021 n'est pas contraire à des normes supérieures, de sorte « qu'aucune question préjudicielle ne doit être adressée à la Cour constitutionnelle ou à la Cour de Justice ».

C. Mémoire en réplique

Selon les parties requérantes, la partie adverse ne précise pas « quel acte ou type d'acte ferait application de la loi du 29 mars 2021, si ce n'est l'acte attaqué ». De leur point de vue, cet acte « décide non seulement d'adhérer à cette concentration d'entreprises mais également de la réaliser ; c'est ce que permet précisément la loi litigieuse du 29 mars 2021 ». Il n'existerait en l'espèce « aucune distinction ou séquençage entre une décision de constituer une concentration et une décision de la réaliser » puisqu'en application de la loi du 29 mars 2021 « il n'y avait aucune forme de notification et de contrôle préalable à respecter ».

Les parties requérantes contestent l'argumentation de la partie adverse fondée sur l'article IV.10 du Code de droit économique, car « il s'agit justement d'une disposition que le législateur a souhaité écarter en adoptant la loi [...] du 29 mars 2021 ». Par l'adoption de l'acte attaqué, la partie adverse aurait décidé « de marquer son accord sur l'adhésion à une concentration d'entreprises – et même sur l'acte constitutif de cette concentration ainsi que sur le pacte d'associés – qui n'est pas soumise au contrôle préalable des concentrations ».

Les parties requérantes contestent aussi l'argument de la partie adverse selon lequel le défaut de notification d'une décision de concentration n'en entraîne pas l'irrégularité. Elles rappellent ne pas invoquer une violation de l'article IV.10 du Code de droit économique, mais bien l'irrégularité de la loi du 29 mars 2021. L'acte attaqué étant fondé sur cette loi – qui est à leur estime contraire aux normes visées au moyen – il doit être annulé.

Les parties requérantes contestent ensuite les arguments de la partie adverse concernant la régularité de la loi du 29 mars 2021.

D. Mémoires en intervention

Les première, deuxième et troisième parties intervenantes reprennent l'argumentation de la partie adverse.

Les cinquième et sixième parties intervenantes s'en réfèrent à la sagesse du Conseil d'État.

E. Dernier mémoire des parties requérantes

Les parties requérantes rappellent les termes des articles 2, 14/1 et 14/2 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, et soulignent que cette loi contient peu d'indications sur le processus concret de création des réseaux hospitaliers cliniques locorégionaux. Elles exposent qu'en l'espèce, la constitution du réseau a pris la forme de l'adoption d'une décision du pouvoir organisateur de chaque hôpital marquant son accord sur la constitution du réseau hospitalier clinique locorégional « Chorus », sur l'acte constitutif de l'ASBL « Chorus » et sur le pacte d'associés. Ces parties fondatrices ont ensuite chargé un cabinet d'avocats de réaliser les opérations de dépôt et publication de ces documents en vue d'accorder la personnalité juridique à l'association, « ce qui fut fait effectivement le 19 octobre 2021 ».

Elles affirment que l'acte de constitution déposé au greffe le 19 octobre 2021 n'est « pas un acte attaquant, tandis que les opérations matérielles accomplies en exécution des actes attaqués (et des actes similaires adoptés dans les autres institutions hospitalières) appartiennent au domaine du fait ». Elles soulignent aussi qu'aucun autre acte que celui attaqué n'a été adopté en lien avec la constitution du réseau hospitalier clinique locorégional Chorus.

VI.2. *Appréciation du Conseil d'État*

Le moyen repose sur l'affirmation que l'acte attaqué est fondé sur l'article 2, § 3, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, tel qu'inséré par la loi du 29 mars 2021 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, en ce qui concerne l'application du contrôle préalable des concentrations pour le réseautage clinique entre hôpitaux.

Cette disposition, telle qu'elle était applicable au moment de l'adoption de l'acte attaqué, et donc avant son remplacement par l'article 57 de la loi du 29 mars 2024 exécutant le règlement (UE) 2022/1925 du Parlement européen et du Conseil du 14 septembre 2022 relatif aux marchés contestables et équitables dans le secteur numérique et modifiant les directives (UE) 2019/1937 et (UE) 2020/1828 et modifiant diverses dispositions relatives à l'organisation et aux pouvoirs de l'Autorité belge de la concurrence, était rédigée comme suit :

« § 3. Sans préjudice de la compétence de l'Union européenne et, en particulier, du règlement n° 139/2004 du Conseil du 20 janvier 2004 relatif au contrôle des concentrations entre entreprises, la constitution d'un réseau hospitalier clinique locorégional ainsi que toute modification ultérieure de sa composition ne sont pas soumises au contrôle préalable des concentrations institué par le titre IV [lire : livre IV], titre 1^{er}, chapitre 2 du Code de droit économique ».

L'article 2, § 3, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 précitée excluait donc la constitution d'un réseau hospitalier clinique locorégional de l'application du régime de contrôle préalable des concentrations prévu par le livre IV du Code de droit économique.

Le livre IV du Code de droit économique comporte notamment les articles IV.6, IV.9 et VI.10 rédigés comme suit :

« Art. IV.6. § 1^{er}. Pour l'application du présent livre, une concentration est réalisée lorsqu'un changement durable du contrôle résulte de :

1° la fusion de deux ou plusieurs entreprises antérieurement indépendantes ou parties de telles entreprises ; ou

2° l'acquisition, par une ou plusieurs personnes détenant déjà le contrôle d'une entreprise au moins ou par une ou plusieurs entreprises, du contrôle direct ou indirect de l'ensemble ou de parties d'une ou de plusieurs autres entreprises, que ce soit par prise de participations au capital ou achat d'éléments d'actifs, par contrat ou tout autre moyen.

§ 2. La création d'une entreprise commune accomplissant de manière durable toutes les fonctions d'une entité économique autonome constitue une concentration au sens du paragraphe 1^{er}, 2°.

[...] ».

« Art. IV.9. § 1^{er}. Pour les opérations de concentration qui sont soumises au contrôle institué par le présent chapitre, une décision préalable de l'Autorité belge de la concurrence, qui constate si elles sont ou ne sont pas admissibles, est nécessaire. [...] ».

« Art. IV.10. § 1^{er}. Les concentrations qui sont soumises au contrôle institué par le présent chapitre sont notifiées à l'auditeur général avant leur réalisation et après la conclusion de l'accord, de la publication de l'offre d'achat ou d'échange, ou de l'acquisition d'une participation de contrôle. Les parties peuvent toutefois notifier un projet d'accord, à condition qu'elles déclarent explicitement qu'elles ont l'intention de conclure un accord qui ne diffère pas de façon significative du projet notifié en ce qui concerne tous les points pertinents du droit de la concurrence. Dans le cas d'une offre publique d'achat ou d'échange, les parties peuvent également notifier un projet lorsqu'elles ont annoncé publiquement leur intention de faire une telle offre.

§ 2. Les concentrations qui consistent en une fusion au sens de l'article IV.6, § 1^{er}, 1^o, ou en l'acquisition d'un contrôle en commun au sens de l'article IV.6, § 1^{er}, 2^o, sont notifiées conjointement par les parties à la fusion ou à l'acquisition du contrôle en commun. Dans tous les autres cas, la notification est présentée par la personne ou l'entreprise qui acquiert le contrôle de l'ensemble ou d'une partie d'une ou de plusieurs entreprises.
[...]

§ 4. Tant que l'Autorité belge de la concurrence n'a pas rendu de décision sur l'admissibilité de la concentration, les entreprises concernées ne peuvent mettre en œuvre la concentration ».

Il résulte de ces dispositions que les parties à une opération de concentration soumise au livre IV du Code de droit économique doivent la notifier à l'Auditeur général de l'Autorité belge de la concurrence, et obtenir une décision préalable favorable de cette Autorité avant de la mettre en œuvre.

Aux termes de l'article IV.6, § 1^{er}, et § 2, du Code de droit économique, une concentration d'entreprises intervient notamment lorsqu'un changement durable du contrôle résulte de « la création d'une entreprise commune accomplissant de manière durable toutes les fonctions d'une entité économique autonome ».

La notification à l'Auditeur général de l'Autorité belge de la concurrence doit, conformément à l'article IV.10, § 1^{er}, du Code de droit économique, avoir lieu « après la conclusion de l'accord » mais avant sa « réalisation ».

Il se déduit de la définition contenue par l'article 14/1, 1^o, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 que le réseau hospitalier clinique locorégional ne peut être qualifié comme tel, et donc exercer ses compétences, qu'une fois qu'il a été doté d'une « personnalité juridique durable et juridiquement formalisée » et qu'il est « 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 ».

À supposer même que, comme l'affirme la requérante, la création d'un tel réseau puisse être considérée comme une concentration d'entreprises au sens du Code de droit économique, l'obtention de la personnalité juridique et de l'agrément en tant que réseau hospitalier clinique locorégional devrait alors être considérée comme la « réalisation » de l'accord de concentration visée à l'article IV.10, § 1^{er}, du Code de droit économique.

Compte tenu de ce qui précède, si l'acte attaqué participe effectivement à la conclusion de l'accord de concentration entre sept hôpitaux, il est en toute hypothèse antérieur à la réalisation de cet accord, au sens précité.

Même si l'article 2, § 3, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 n'avait pas exempté la création des réseaux cliniques hospitaliers locorégionaux de l'application du livre IV du Code de droit économique, l'adoption de l'acte attaqué – qui est un acte préalable à la réalisation de l'accord de concentration – n'aurait dû être précédée ni d'une notification à l'Auditorat de l'Autorité belge de la concurrence, ni d'une décision favorable préalable de cette autorité.

La question de l'inconstitutionnalité ou de contrariété de cette disposition avec le droit de l'Union européenne ne se pose pas en l'espèce dès lors qu'elle ne pourrait affecter que la seule réalisation de l'opération de concentration elle-même et non un acte préalable à cette réalisation.

La circonstance que l'acte attaqué soit le seul acte administratif pris par la partie adverse pour participer à la création d'un réseau hospitalier clinique locorégional n'énervé en rien ce constat.

Il en résulte qu'il n'y a pas lieu d'interroger la Cour de Justice de l'Union européenne et la Cour constitutionnelle quant à la conformité de cette disposition avec le droit de l'Union européenne et avec les articles 10 et 11 de la Constitution.

Le moyen n'est pas fondé.

VII. Deuxième moyen

VII.1. Thèses des parties

A. Requête en annulation

Les parties requérantes soulèvent un deuxième moyen pris de « la violation de l'article 139 et 140 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, du principe de la motivation matérielle des actes administratifs, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, du principe de minutie et de l'excès de pouvoir ».

Elles rappellent les termes des articles 137 et 139 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 précitée et affirment, en substance, que s'agissant de l'adhésion à un réseau hospitalier clinique locorégional, la partie adverse ne pouvait se limiter à solliciter, sur le fondement de l'article 137, alinéa 1^{er}, 12^o, de cette loi, un avis simple du conseil médical sur une « convention passée avec des tiers ayant une incidence sur l'activité médicale à l'hôpital ». Selon elles, la partie adverse devait prendre en considération les importants effets de la décision d'adhésion « sur le statut des médecins hospitaliers, sur l'organisation et la coordination de l'activité médicale, sur l'appareillage médical, sur le cadre du personnel, etc. » et dès lors solliciter un avis écrit et motivé émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote, conformément à l'article 139, §1^{er}, de la loi coordonnée. À défaut de pouvoir se rallier à l'avis ainsi donné, la partie adverse devait en outre, selon elles, appliquer la procédure de concertation, et le cas échéant de médiation, prévue à l'article 140, § 2, et § 3, de la loi coordonnée.

Les parties requérantes insistent sur les compétences de l'hôpital Brugmann qui sont transférées, du simple fait de l'adhésion, vers le réseau hospitalier clinique locorégional en application des articles 17/1 et 17/2 de la loi coordonnée. Elles notent à cet égard que les décisions prises par le réseau hospitalier clinique locorégional dans le cadre de ses compétences sont « contraignantes pour les hôpitaux faisant partie » de ce réseau. Selon elles, « le législateur a admis que la création des réseaux hospitaliers emportait un transfert de contrôle vers ces réseaux, sinon il n'aurait pas adopté la loi du 29 mars 2021 visant à soustraire ces concentrations d'entreprises du contrôle des autorités de la concurrence ».

Elles estiment que « la partie adverse n'a [...] pas fait preuve de minutie en ne tenant pas dûment compte de l'avis négatif du 29 juin 2021 formulé à

l'unanimité des membres du conseil médical », qu'elle a « méconnu les articles 139 et 140 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 en n'appliquant pas la procédure de concertation puis de médiation prévue en cas d'avis négatif rendu à la majorité des 2/3 » et qu'elle a « adopté une décision viciée en ses motifs et en sa motivation formelle ».

B. Mémoire en réponse

La partie adverse conteste que les matières visées à l'article 137, alinéa 1^{er}, de la loi sur les hôpitaux seraient directement affectées par son adhésion au réseau hospitalier clinique locorégional « Chorus ». Selon elle, les hôpitaux qui ont décidé de constituer ce réseau n'ont, ce faisant, pris aucune décision concernant la « réglementation générale régissant les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins, les conditions d'organisation et les conditions de travail, y compris les conditions financières de travail ». Ils n'ont pas non plus décidé de modifier « le règlement relatif à l'organisation et à la coordination de l'activité médicale », de nommer un médecin en chef, de révoquer un médecin hospitalier, d'acquérir, renouveler ou réparer « l'appareillage médical financé directement, en tout ou en partie, à charge des honoraires », ou de fixer ou modifier le cadre du personnel financé en tout ou partie par les honoraires des médecins hospitaliers.

Elle soutient que l'avis donné par le conseil médical d'un hôpital sur la participation à un réseau hospitalier clinique locorégional « ne porte sur des matières visées à l'article 137, alinéa 1^{er}, 1°, 2°, 4°, 7°, 11° ou 17°, que si ces matières sont expressément réglées dans la décision sur la participation au réseau ou transférées au réseau à l'occasion de cette décision ». En l'espèce, elle affirme que l'acte attaqué règle des questions générales relatives au réseau, mais ne comporte aucune décision à propos d'une de ces matières.

La partie adverse rappelle ensuite les termes de l'article 14/3 de la loi coordonnée le 10 juillet 2008. Il résulte à son estime de cette disposition que « les décisions prises au sein du réseau hospitalier clinique locorégional, en concertation mutuelle entre la gestion du réseau et le conseil médical du réseau, sont celles qui se situent dans le périmètre des matières effectivement transférées au réseau ». Ce périmètre varie donc, selon elle, en fonction de la confiance entre partenaires.

La partie adverse expose que le transfert des matières des hôpitaux vers le réseau se fait « soit en application des règles générales impliquant, pour les matières relevant de l'article 137 de la loi coordonnée un avis du conseil médical de l'hôpital

au gestionnaire, soit en application de la règle particulière prévue à l'article 140/1 de la loi coordonnée », cette dernière règle s'appliquant notamment au transfert des matières concernant le statut du médecin hospitalier. Il serait donc inexact que des transferts de matières pour lesquelles l'article 137 des lois coordonnées prévoit un avis du conseil médical de l'hôpital se feraient par le fait de la constitution du réseau et, donc, en court-circuitant l'avis du conseil médical de l'hôpital.

La partie adverse réfute dès lors l'affirmation des parties requérantes selon laquelle l'avis demandé au conseil médical concernant un projet d'adhésion à un réseau hospitalier clinique locorégional concerne aussi les matières visées par l'article 137, alinéa 1^{er}, 1°, 2°, 4°, 7°, 11° et 17°, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

C. Mémoire en réplique

Les parties requérantes admettent que « le périmètre et la profondeur d'un réseau hospitalier clinique locorégional [est] en fin de compte propre à chaque réseau », mais elles réaffirment « que la simple constitution d'un tel réseau emporte, directement ou à terme, un changement durable du contrôle (en l'espèce, des hôpitaux vers le réseau) ». À la suite d'une telle adhésion, il reviendrait aux hôpitaux d'assurer, « en exécution de la stratégie décidée par le réseau, l'harmonisation de l'offre médicale de l'hôpital avec celle des autres hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional, d'assurer la traduction et la mise en œuvre, au niveau de l'hôpital, des décisions stratégiques prises par le réseau hospitalier clinique locorégional, en particulier la politique d'adressage et de renvoi, et de garantir, pour les missions de soins suprarégionales, que le patient sera adressé et renvoyé conformément aux accords conclus dans le cadre du réseau hospitalier clinique locorégional ».

Elles soulignent que le réseau dispose de sa propre gestion qui englobe huit missions « dans le cadre desquelles les décisions prises sont contraignantes pour les hôpitaux faisant partie du réseau hospitalier clinique locorégional », et que le médecin-chef du réseau dispose en outre, dans le cadre de ses compétences, « du pouvoir de donner des instructions aux médecins des hôpitaux du réseau hospitalier ».

À l'estime des parties requérantes « la mise en place et le fonctionnement des réseaux hospitaliers locorégionaux ont pour conséquence qu'une influence décisive peut être exercée sur les décisions stratégiques des différents hôpitaux individuels qui en font partie ». Elles estiment que les compétences de la première partie requérante « ne s'exerceront plus de la même manière » dès lors qu'elles

doivent se combiner avec les compétences directement attribuées par la loi au réseau hospitalier clinique locorégional. Elles donnent ensuite des exemples d'incidences des compétences du réseau hospitalier clinique locorégional sur l'organisation et la coordination de l'activité médicale au sein de l'hôpital.

Selon les parties requérantes, « c'est bien l'acte attaqué, pris sur le fondement des dispositions relatives aux réseaux hospitaliers locorégionaux, qui permet ce transfert de pouvoirs ».

Elles concluent en affirmant que « le simple fait d'adhérer à un réseau hospitalier clinique locorégional (ce qui est l'objet de l'acte attaqué) soumet l'hôpital à toutes les dispositions légales relatives à ces réseaux, dont l'application a forcément un impact – ne serait-ce qu'indirectement ou de manière diffuse – sur des matières qui, dans le cadre du fonctionnement d'un hôpital, ne peuvent être impactées que dans le respect des articles 137 et 139 de la loi sur les hôpitaux (à savoir, en sollicitant un avis renforcé du conseil médical sur certaines matières et, en cas d'avis défavorable, en entamant la procédure de concertation ou de médiation) ».

D. Mémoires en intervention

Les première, deuxième, et troisième parties intervenantes reprennent l'argumentation de la partie adverse.

Les cinquième et sixième parties intervenantes s'en réfèrent à la sagesse du Conseil d'État.

E. Dernier mémoire des parties requérantes

Les parties requérantes notent que l'auditeur admet dans son rapport que la création d'un réseau hospitalier clinique locorégional peut avoir un impact sur les matières visées à l'article 137, alinéa 1^{er}, 1^o, 2^o, 4^o, 7^o, 11^o et 17^o, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins. Il en résulte, selon elles, que l'avis « portant sur l'adhésion et la création d'un réseau est bien un avis sur les matières qui requièrent la procédure prévue à l'article 139 et non simplement un avis sur la conclusion d'une convention avec des tiers (art. 137, al. 1^{er}, 12^o,) ». À leur estime, lorsque « [l']on sollicite un avis portant sur un objet qui a un impact sur une matière, on sollicite un avis sur la(dite) matière ».

De leur point de vue, les procédures et garanties spécifiques prévues par la loi concernant les réseaux hospitaliers locorégionaux n'excluent pas l'application des garanties offertes par les articles 137 et 139 de la loi coordonnée.

Elles soulignent à cet égard que l'article 140/1 de la loi coordonnée ne porte que sur le statut des médecins hospitaliers, « ce qui ne couvre pas toutes les matières couvertes par la procédure de l'article 139 de la loi coordonnée, telles que celles concernant l'appareillage médical ou le personnel hors médecins hospitaliers ». Elles mentionnent les travaux parlementaires du projet de loi, dont elles déduisent « qu'une série de décisions pourront, même sans avoir fait l'objet d'un transfert au niveau du réseau, être prises au niveau du réseau ».

Selon elles, les missions et compétences directement dévolues au réseau et au médecin en chef du réseau impliquent l'adoption de décisions s'imposant à chacun des hôpitaux du réseau « le cas échéant contre la volonté de leurs conseils médicaux, alors que ces décisions auraient été protégées par la procédure prévue à l'article 139 de la loi coordonnée précédemment à l'adoption de l'acte attaqué ». Elles répètent, à cet égard, les exemples contenus dans la mémoire en réplique.

Les parties requérantes affirment que la concertation prévue par l'article 143/3 de la loi coordonnée entre le gestionnaire du réseau hospitalier et le conseil médical du réseau hospitalier, dans lequel est représenté le conseil médical de chaque hôpital, ne permet pas de contrebalancer la perte de pouvoir qu'implique, pour la première partie requérante, l'adoption de l'acte attaqué.

Elles soutiennent encore qu'il est erroné de considérer « que demander au conseil médical un avis sur une décision par laquelle l'hôpital perdra de manière durable le contrôle qu'il exerçait sur lui-même, ne consisterait qu'à lui demander un avis sur une convention à passer avec un tiers ». Il est selon elles évident « que la décision d'adhérer et de créer un réseau hospitalier est une décision aux effets radicaux, qui entraîne une perte des pouvoirs du conseil médical de l'hôpital, laquelle n'est plus contrôlable et réversible une fois cette décision adoptée, et ce, dans plusieurs matières dans lesquelles il bénéficiait auparavant de la protection offerte par l'article 139 de la loi coordonnée ».

Elles en concluent que l'avis demandé à la première partie requérante « portait également sur des matières visées aux articles 137, al. 1^{er}, 1^o, 2^o, 4^o, 7^o, 11^o, et 17^o, » de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

VII.2. Appréciation du Conseil d'État

Les parties requérantes se plaignent, en substance, que le projet de création et de participation à un réseau hospitalier clinique locorégional ait été soumis à l'avis simple du conseil médical du CHU Brugmann, en application de l'article 137, alinéa 1^{er}, 12°, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, alors qu'à leur estime cette proposition devait être soumise à la procédure d'avis plus contraignante – éventuellement suivie d'une concertation, voire d'une médiation – prévue par l'article 139 de la même loi. Selon elles, l'adhésion à un réseau hospitalier clinique locorégional entraîne, en elle-même, une perte d'autonomie pour l'hôpital concerné, ainsi qu'une diminution de l'influence de son conseil médical, et elle a nécessairement des effets sur les matières visées à l'article 137, alinéa 1^{er}, 1°, 2°, 4°, 7°, 11°, et 17°, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 précitée.

L'article 137, alinéa 1^{er}, de la loi coordonnée du 10 juillet 2008, faisant partie du Titre IV de cette loi, consacré « aux dispositions spécifiques relatives à la gestion des hôpitaux et au statut des médecins hospitaliers », est rédigé comme suit :

- « Dans le cadre de l'objectif décrit à l'article 136, le conseil médical donne au gestionnaire un avis sur les matières suivantes :
- 1° la réglementation générale régissant les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers visée à l'article 144 ;
 - 2° le règlement relatif à l'organisation et à la coordination de l'activité médicale à l'hôpital ;
 - [...]
 - 4° la nomination du médecin en chef ;
 - [...]
 - 7° la révocation de médecins hospitaliers, sauf révocation pour motif grave ;
 - [...]
 - 11° l'acquisition, le renouvellement ainsi que les grosses réparations de l'appareillage médical financé directement, en tout ou en partie, à charge des honoraires ;
 - 12° les conventions passées avec des tiers, ayant une incidence sur l'activité médicale à l'hôpital;
 - [...]
 - 17° la fixation et la modification du cadre du personnel financé directement, en tout ou en partie, à charge des honoraires ;
 - [...] ».

L'article 139 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 est rédigé comme suit :

- « Art. 139. § 1^{er}. Lorsqu'à la suite d'une demande d'avis du gestionnaire relative aux points visés à l'article 137, 1°, 2°, 4°, 7°, 11° et 17°, le conseil médical donne un avis écrit et motivé émis à la majorité des deux tiers des membres ayant droit de vote et que le gestionnaire ne peut s'y rallier, la décision ne peut être prise que

selon la procédure prévue aux paragraphes 2 et 3 et à l'article 140.

§ 2. Si le gestionnaire ne peut se rallier à l'avis visé au § 1^{er}, il se consulte avec le conseil médical ou avec une délégation de celui-ci.

Si cette concertation n'aboutit pas à un consensus, le problème peut, d'un commun accord entre le gestionnaire et le conseil médical, être soumis à un médiateur.

Le médiateur est désigné d'un commun accord entre le gestionnaire et le conseil médical.

Faute d'accord sur le choix du médiateur, le gestionnaire en informe le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions; celui-ci désigne d'office dans le mois, un médiateur choisi sur une liste proposée par la Commission nationale paritaire médecins-hôpitaux.

§ 3. Lorsque la concertation visée au paragraphe précédent n'a pas abouti à un consensus après deux mois et que le gestionnaire n'a pas demandé l'avis du conseil médical sur une nouvelle proposition de décision, soit le gestionnaire, soit le conseil médical peut demander que le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions désigne un médiateur auquel le problème sera soumis; le ministre désigne dans le mois un médiateur, choisi sur la liste visée au paragraphe 2 ».

Dans le cadre de la procédure d'adoption de l'acte attaqué, la partie adverse a considéré que celui-ci, qui approuve essentiellement la création et la participation à un réseau hospitalier clinique locorégional prenant la forme d'une ASBL, concerne la conclusion d'une convention avec des tiers ayant une incidence sur l'activité médicale de l'hôpital, telle qu'envisagée par l'article 137, alinéa 1^{er}, 12^o, de la loi coordonnée.

Les arguments des parties requérantes ne permettent pas de mettre en doute la justesse de cette analyse.

Les parties requérantes admettent que ni les statuts de l'association « Chorus », ni le pacte d'actionnaires, tous deux approuvés par l'acte attaqué, ne comportent le transfert vers le réseau hospitalier clinique locorégional d'une des matières visées à l'article 137, alinéa 1^{er}, 1^o, 2^o, 4^o, 7^o, 11^o, et 17^o, de la loi coordonnée, et qu'ils n'abordent même pas ces matières. Ces dernières continuent donc de relever de la compétence des organes de la partie adverse, et elles ne peuvent faire l'objet d'une décision sans que la première partie requérante soit consultée au préalable, dans le respect de la procédure prévue par l'article 139 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008.

Pour l'essentiel, les parties requérantes insistent sur l'incidence qu'aura nécessairement la simple participation à un réseau hospitalier clinique locorégional sur l'activité médicale au sein de l'hôpital, ceci en raison du transfert de certaines responsabilités, par l'effet de l'article 17/2 de la loi coordonnée, aux organes du réseau.

Cet article énonce ce qui suit concernant les missions du réseau hospitalier locorégional :

- « 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°, 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 ».

Il doit effectivement être admis que les décisions prises dans le cadre des missions de base ainsi confiées par la loi au centre hospitalier clinique locorégional, notamment « la prise des décisions stratégiques en ce qui concerne l'offre de missions de soins locorégionales » ou « la coordination de l'offre de missions de soins générales et spécialisées entre les hôpitaux du réseau hospitalier clinique locorégional », peuvent avoir une incidence sur l'activité médicale des hôpitaux concernés.

Cette incidence n'implique toutefois pas que les matières visées à l'article 137, alinéa 1^{er}, 1°, 2°, 4°, 7°, 11°, et 17°, de la loi coordonnée soient concernées par la décision de la partie adverse de créer et de participer au réseau « Chorus ». Les documents approuvés par l'acte attaqué ne concernent en effet pas, directement ou indirectement, la « réglementation générale régissant les rapports juridiques entre

l'hôpital et les médecins hospitaliers », « le règlement relatif à l'organisation et à la coordination de l'activité médicale à l'hôpital », « la nomination du médecin en chef », « la révocation de médecins hospitaliers », « l'acquisition, le renouvellement ainsi que les grosses réparations de l'appareillage médical financé directement, en tout ou en partie, à charge des honoraires » ou « la fixation et la modification du cadre du personnel financé directement, en tout ou en partie, à charge des honoraires ».

L'existence d'une incidence de la participation à un réseau hospitalier clinique locorégional sur l'activité médicale de l'hôpital ne permet par ailleurs pas de considérer – bien au contraire – que l'opération réalisée ne pourrait pas être qualifiée, comme l'a considéré la partie adverse, de convention passée avec des tiers « ayant une incidence sur l'activité médicale à l'hôpital » au sens de l'article 137, alinéa 1^{er}, 12°, de la loi coordonnée, pour laquelle seul l'avis simple du conseil médical était requis.

La diminution de l'autonomie de l'hôpital et la perte éventuelle d'influence de son conseil médical qu'une diminution d'autonomie pourrait engendrer constituent, du reste, essentiellement, une conséquence de la loi elle-même, qui contraint chaque hôpital à rejoindre un réseau hospitalier clinique locorégional.

Contrairement à ce qu'affirme la requérante, l'avis renforcé exigé par l'article 139 de la loi coordonnée du 10 juillet 2008 ne devait donc pas être demandé au conseil médical préalablement à la prise de l'acte attaqué.

Le moyen manque donc en droit.

VIII. Troisième moyen

VIII.1. Thèses des parties

A. Requête en annulation

Les parties requérantes soulèvent un troisième moyen pris « de la violation du principe de la motivation matérielle des actes administratifs, des articles 2 et 3 de la loi du 29 juillet 1991 sur la motivation formelle des actes administratifs, du principe de minutie, de l'erreur manifeste d'appréciation et de l'excès de pouvoir ».

Elles estiment, dans une première branche, que la suggestion contenue dans le courrier envoyé le 19 septembre 2021 à la partie adverse l'invitant à envisager

une solution alternative a été rejetée sans que la lecture de la motivation formelle de l'acte attaqué leur permette d'en comprendre les motifs ni de constater que leur proposition a été sérieusement prise en considération. Elles réaffirment, en référence aux arguments contenus dans le deuxième moyen, qu'il est « inexact de considérer que la décision de participer à/de constituer un réseau hospitalier clinique locorégional ne concerne pas au premier chef l'organisation médicale ».

Dans une deuxième branche, les parties requérantes affirment que la partie adverse a agi de manière manifestement déraisonnable en ne prenant pas réellement en considération « l'avis des conseils médicaux statuant à plus de 2/3 des voix et de la position très clairement affirmée par les assemblées générales des médecins hospitaliers et de passer en force, au prix – rappelé dans le courrier du 19 septembre 2021 – d'une fracture durable entre le gestionnaire et les communautés médicales, d'une démotivation des médecins et d'un risque de désaffection ». Ceci serait d'autant plus évident « dans un contexte où un an et demi de crise du covid a mis crûment en évidence les difficultés rencontrées au sein de l'hôpital et aura permis à n'importe quel gestionnaire d'hôpital normalement prudent et diligent de comprendre l'importance de la prise en considération de l'avis des médecins ».

B. Mémoire en réponse

En réponse à la première branche, la partie adverse soutient que les arguments et objections des médecins ont été pris en considération par son conseil d'administration, comme cela résulte des motifs de la décision attaquée. Elle relève par ailleurs que les parties requérantes semblent se limiter à invoquer l'absence de prise en compte de leurs arguments visant à « une restauration du dialogue entre la communauté médicale et le gestionnaire et, dans ce cadre, pour l'exploration d'alternatives ».

Elle affirme que les oppositions des parties requérantes ont été entendues et prises en considération mais qu'elles ne l'ont pas convaincue de ne pas s'engager dans le réseau « Chorus ». Elle expose les motifs de l'acte attaqué qui, à son estime, démontrent cette prise en considération, et affirme que ces motifs permettent de comprendre les raisons pour lesquelles l'avis négatif du conseil médical n'a pas été suivi. Cette motivation formelle est claire, et aucune erreur manifeste n'a été commise. Elle estime également que le devoir de minutie a été respecté, compte tenu de la manière dont elle a traité les objections des parties requérantes.

La partie adverse considère par ailleurs que la branche du moyen invite en réalité le Conseil d'État à substituer son appréciation à celle de la partie adverse quant à l'opportunité de la décision.

Au sujet de la deuxième branche, la partie adverse considère que les parties requérantes souhaitent faire primer les principes généraux de bonne administration sur une disposition législative. L'erreur manifeste invoquée consiste dans le fait de ne pas avoir suivi l'avis négatif unanime du conseil médical sur la participation au réseau « Chorus ». Or, en l'absence d'une hypothèse dans laquelle l'avis renforcé du conseil médical était requis, le conseil d'administration pouvait s'écarter de l'avis négatif, ce qui ne peut être considéré comme étant, en soi, constitutif d'une erreur manifeste d'appréciation. L'acte attaqué reposant sur des motifs exacts, pertinents et admissibles qui ne recèlent pas d'erreur manifeste d'appréciation, la deuxième branche doit aussi, à l'estime de la partie adverse, être rejetée.

C. Mémoire en réplique

Concernant la première branche, les parties requérantes réaffirment que la position de l'assemblée générale des médecins et du conseil médical statuant à l'unanimité n'a pas été sérieusement examinée par la partie adverse. Si tel avait été le cas, le point à l'ordre du jour relatif à la « constitution d'un réseau alternatif » aurait été examiné en premier lieu, avant celui intitulé « constitution et participation au réseau hospitalier clinique locorégional Chorus de 7 hôpitaux », plutôt que « de commencer par ce dernier puis de se contenter d'énoncer que la constitution d'un réseau alternatif est "sans objet" ».

Les parties requérantes réfutent que la création de trois groupes d'hôpitaux au sein du réseau démontre que leurs arguments ont été entendus. Elles soulignent à cet égard, comme elles l'avaient déjà fait dans l'avis rendu le 29 juin 2021, que ces groupes n'ont aucune valeur sur le plan juridique « puisque c'est le réseau dans son ensemble qui reçoit un agrément Cocom » et qui à l'avenir « pourrait recevoir un financement ou des agréments à répartir ».

Concernant la deuxième branche, les parties requérantes soulignent que même si les dispositions légales sont respectées, une erreur manifeste d'appréciation peut être commise et il peut être porté atteinte au devoir de minutie.

Elles affirment ne pas soutenir que passer outre l'avis négatif du conseil médical constitue nécessairement une appréciation manifestement déraisonnable.

Elles soutiennent par ailleurs avoir exposé, dans leur requête, « les circonstances propres au cas d'espèce qui amènent au constat qu'en l'occurrence une erreur manifeste d'appréciation a été commise ». Elles rappellent que l'avis du conseil médical a été rendu à l'unanimité et que l'assemblée générale des médecins a pris une position très clairement affirmée. À leur estime, l'attention de la partie adverse a été attirée sur le fait que passer outre ces oppositions « se ferait au prix d'une fracture durable entre le gestionnaire et la communauté médicale, d'une démotivation des médecins et d'un risque de désaffection ».

D. Mémoires en intervention

Les première, deuxième et troisième parties intervenantes reprennent l'argumentation de la partie adverse.

Les cinquième et sixième parties intervenantes s'en réfèrent à la sagesse du Conseil d'État.

E. Dernier mémoire des parties requérantes

Au sujet de la première branche, les parties requérantes rappellent invoquer non seulement la violation de la loi sur la motivation formelle, mais également la violation du principe général de motivation matérielle et du principe de minutie. Elles reprochent au rapport de l'auditeur de n'aborder que la question de la motivation formelle de l'acte attaqué, sans se prononcer sur le respect des autres principes invoqués.

Elles estiment que l'obligation de motivation matérielle a été violée en raison de l'inexactitude du motif affirmant que l'acte attaqué ne concerne pas l'organisation médicale, alors que tel est bien le cas. En considérant le contraire lors de l'adoption de l'acte attaqué, la partie adverse se serait fondée sur un motif inexact.

Au sujet de la deuxième branche, les parties requérantes rappellent les assemblées générales des médecins qui se sont tenues le 20 avril 2021 et le 23 juin 2021 à l'issue desquelles des votes ont eu lieu, rejetant massivement la participation au projet de réseau clinique locorégional.

Elles réitèrent leur affirmation que, s'agissant de l'adoption d'une décision aussi importante que l'acte attaqué, un gestionnaire ne peut décider de régler seul l'avenir de l'hôpital « contre ses médecins et soignants, en passant outre une

position et des considérations exprimées avec on ne peut plus de force ». Ce serait en particulier le cas lorsque l'attention du gestionnaire a été attirée sur le fait que le « passage en force se ferait au prix d'une fracture durable entre le gestionnaire et la communauté médicale, d'une démotivation des médecins et d'un risque de désaffection et que la demande de désignation d'un médiateur n'a trouvé aucun écho dans le chef du gestionnaire ». À leur estime, le refus de « reconnaître son juste poids à l'avis de la communauté médicale » est d'autant plus incompréhensible « dans un contexte où un an et demi de crise sanitaire du Covid a mis crûment en évidence les difficultés rencontrées au sein de l'hôpital et aura permis à n'importe quel gestionnaire d'hôpital normalement prudent et diligent de comprendre l'importance qu'il faut donner à l'avis de ceux qui les vivent en première ligne ».

VIII.2. Appréciation du Conseil d'État

A. Quant à la première branche

Les parties requérantes critiquent, sur le plan des motivations matérielle et formelle, l'absence d'examen sérieux des alternatives à la participation au réseau hospitalier clinique locorégional « Chorus ».

Contrairement à ce qu'affirment les parties requérantes, la motivation formelle de l'acte attaqué permet de constater que les arguments énoncés dans l'avis du conseil médical et rappelés dans le courrier envoyé le 19 septembre 2021 à la partie adverse par le président du conseil médical, ont été pris en considération par la partie adverse. La motivation formelle de l'acte attaqué contient par ailleurs, au sujet de chaque argument, un énoncé des raisons pour lesquelles il n'a pas été suivi.

Ainsi, l'acte attaqué énonce les motifs suivants, s'agissant des alternatives envisagées à la création du réseau « Chorus » comprenant 7 hôpitaux, et notamment la proposition émanant des parties requérantes :

- « Enfin le 8^{ème} argument porte sur l'absence d'étude d'un scénario alternatif. 7 scénarios d'association sont possibles et force est de constater qu'aucun ne fait consensus et qu'il n'y a pas de scénario alternatif qui rencontre l'adhésion de la majorité des partenaires. Tous les scénarios ont fait l'objet d'un examen attentif. Un réseau ne comprenant que deux hôpitaux le CHU Saint Pierre et le CHU Brugmann ne pourrait, par sa taille insuffisante, garantir le maintien de points de référence contrairement à ce qui est prévu pour le réseau Chorus ; les hôpitaux ne disposent d'ailleurs pas comme on l'a déjà dit de l'ensemble de tous les agréments hospitaliers ; le rapprochement entre les hôpitaux Saint Pierre et Brugmann est organisé au sein du réseau Chorus permettant ainsi à ces deux hôpitaux de bénéficier aussi des autres avantages de ce réseau sans encourir le risque réel lié à la constitution d'un réseau

trop limité à deux hôpitaux ; la constitution de ce 2^{ème} réseau n'est donc pas nécessaire pour réaliser cet objectif et bien plus ce réseau serait exposé seul à la concurrence des autres réseaux.

Le Dr [J] estime que le rapport Antarès n'a pas été exploité comme il aurait fallu. Madame la Présidente rappelle qu'à la dernière séance personne ne l'a souhaité. Le seul réseau réaliste est donc celui comprenant les 7 hôpitaux qui a été longuement discuté pour trouver les points d'équilibre permettant à chaque CA et chaque CM des 7 hôpitaux de se prononcer sur base de textes identiques. [...] ».

Il ressort de ces motifs que des alternatives, notamment celle proposée par les parties requérantes, ont été examinées lors des discussions visant à se conformer à l'obligation légale de rejoindre un réseau hospitalier clinique locorégional, mais qu'aucune de ces alternatives n'a pu être retenue. La proposition des parties requérantes de créer et rejoindre un réseau rassemblant uniquement les CHU Saint Pierre et Brugmann n'a, en particulier, pas été retenue en raison de la taille jugée insuffisante d'un réseau qui se composerait uniquement de ces deux hôpitaux.

Dans la requête, ces motifs ne sont pas, en tant que tels, critiqués au soutien du grief reprochant à la partie adverse un manquement au principe de motivation matérielle qui s'impose à elle.

En outre, et contrairement à ce qu'affirment les parties requérantes, le simple fait que le point à l'ordre du jour relatif à la « constitution d'un réseau alternatif » – inscrit à la demande de la première partie requérante – a été examiné après le point intitulé « constitution et participation au réseau hospitalier clinique locorégional Chorus de sept hôpitaux », ne permet pas d'établir que les alternatives au projet « Chorus » n'ont pas été sérieusement envisagées. Il apparaît au contraire de la motivation formelle de l'acte attaqué que des solutions alternatives ont été examinées, mais n'ont pas convaincu la partie adverse.

Par ailleurs, l'argument des parties requérantes selon lequel l'acte attaqué repose sur un motif matériel erroné en ce qu'il affirme que la décision de participer à un réseau hospitalier clinique locorégional ne concerne pas au « premier chef l'organisation médicale », ne peut pas non plus être suivi.

Par cet argument, les parties requérantes entendent essentiellement contester le motif suivant de l'acte attaqué :

« En conclusion, contrairement à ce qu'indique le Conseil médical, l'organisation médicale n'est pas à ce stade l'élément clé de la constitution du réseau Chorus. Au contraire, les principes de subsidiarité et de liberté des groupes et hôpitaux sont fondateurs de ce réseau. En vertu de ceux-ci, la priorité leur est donnée notamment d'organiser leur stratégie médicale, de déterminer l'offre de soins

locorégionale et de développer les collaborations souhaitées avec d'autres institutions indépendamment du réseau Chorus. Chaque hôpital et donc la volonté commune des 7 hôpitaux - qui sera actée dans la demande d'agrément du réseau auprès des autorités compétentes - est aussi d'exclure des compétences du réseau Chorus les articles 144 et 157/1 de la LCH relatives notamment à la réglementation générale, à la perception des honoraires et à la rémunération des médecins. Conformément à l'article 2 du pacte d'associés, le gestionnaire de l'hôpital reste seul responsable de la gestion opérationnelle et financière de l'hôpital ».

Ce motif ne vise pas à réfuter la possibilité d'une incidence de la constitution du réseau hospitalier clinique locorégional sur l'activité médicale. Il se limite à relever que ce n'est pas l' « élément clé » de cette constitution, et il explique cette appréciation par l'affirmation que les hôpitaux conservent leur liberté d'organiser « leur stratégie médicale, de déterminer l'offre de soins locorégionale et de développer les collaborations souhaitées avec d'autres institutions indépendamment du réseau Chorus ».

Contrairement à ce qu'affirment les parties requérantes, ce motif ne révèle donc aucune erreur de fait, et il ne permet pas de constater une méprise de la partie adverse quant aux conséquences de la constitution d'un réseau hospitalier clinique locorégional.

Le moyen, en sa première branche, n'est pas fondé.

B. Quant à la deuxième branche

Les parties requérantes estiment, en substance, que la partie adverse a commis une erreur manifeste d'appréciation en ne suivant pas l'avis du conseil médical et la position exprimée par l'assemblée générale des médecins, qui reflètent tous deux le refus catégorique et largement majoritaire du corps médical face au projet de participation au réseau hospitalier clinique locorégional « Chorus ».

Le Conseil d'État ne peut substituer son appréciation à celle de l'autorité administrative lorsque celle-ci dispose, comme en l'espèce, d'un pouvoir d'appréciation quant à la solution à adopter. Il ne peut sanctionner qu'une erreur manifeste d'appréciation, qui s'entend de l'erreur qu'aucune autre autorité administrative normalement prudente et diligente n'aurait commise dans les mêmes circonstances.

Le gestionnaire de l'hôpital peut, lorsqu'il prend une décision dans le cadre des compétences qui lui sont attribuées, s'écarter de l'avis simple que le conseil médical formule sur le fondement de l'article 137 de la loi coordonnée du 10 juillet

2008. Il lui appartient également d'évaluer le degré de mécontentement que sa décision est susceptible provoquer dans le chef du personnel de l'hôpital, et de décider de la meilleure manière de le gérer.

La possibilité qu'en s'écartant de l'avis rendu le 29 juin 2021 par le conseil médical et de l'opinion exprimée par l'assemblée générale des médecins, le gestionnaire provoque – comme l'affirment les parties requérantes – l'incompréhension, la colère et la démotivation du personnel médical ne suffit pas à rendre manifestement déraisonnable son choix de constituer et de participer au réseau hospitalier clinique locorégional « Chorus ».

Le moyen, en sa deuxième branche, n'est pas fondé.

IX. Indemnité de procédure et autres dépens

La partie adverse sollicite une indemnité de procédure au montant de base. Il y a lieu de faire droit à sa demande.

Le rejet du recours justifie, par ailleurs, que les autres dépens soient mis à charge des parties requérantes.

Les dépens liés aux interventions doivent rester à charge des parties intervenantes.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL D'ÉTAT DÉCIDE :

Article 1^{er}.

La requête en intervention introduite par l'Université libre de Bruxelles est réputée non accomplie.

Les cinq autres requêtes en intervention sont accueillies.

Article 2.

La requête est rejetée.

Article 3.

Les parties requérantes supportent les dépens, à savoir le droit de rôle de 400 euros, la contribution de 20 euros et l'indemnité de procédure de 770 euros accordée à la partie adverse.

Les parties intervenantes supportent le droit de 750 euros lié à leurs interventions.

Ainsi prononcé à Bruxelles le 13 juin 2025, par la VI^e chambre du Conseil d'État, composée de :

David De Roy,	président de chambre,
Christine Horevoets,	conseillère d'État,
Xavier Close,	conseiller d'État,
Adeline Schyns,	greffière.

La greffière,	Le Président,
---------------	---------------

Adeline Schyns	David De Roy
----------------	--------------