



COMMISSION
EUROPÉENNE

Bruxelles, le 5.7.2016
C(2016) 4051 final

DÉCISION DE LA COMMISSION

du 5.7.2016

**CONCERNANT L'AIDE D'ÉTAT
SA. 19864 - 2014/C (ex 2009/NN54)
mise à exécution par la Belgique**

Financement des hôpitaux publics IRIS en Région de Bruxelles-Capitale

(Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)

(Les textes en langues française et néerlandaise sont les seuls faisant foi.)

TABLE DES MATIÈRES

DÉCISION DE LA COMMISSION CONCERNANT L' AIDE D'ÉTAT SA. 19864 - 2014/C (ex 2009/NN54) mise à exécution par la Belgique Financement des hôpitaux publics IRIS en Région de Bruxelles-Capitale.....	
1.	Procédure..... 5
2.	Contexte 7
2.1.	Le droit à l'aide sociale et la loi CPAS 7
2.2.	La création des hôpitaux IRIS 10
2.3.	Le cadre réglementaire applicable aux hôpitaux IRIS 14
2.4.	Activités principales des hôpitaux IRIS 15
2.5.	Les mécanismes de financement et les mécanismes comptables des hôpitaux IRIS . 17
2.5.1.	Mécanismes de financement 17
2.5.2.	Obligations de comptabilité 20
3.	Description des mesures visées par la plainte 20
4.	Motifs justifiant l'ouverture de la procédure 21
4.1.	La décision de la Commission de 2009..... 21
4.2.	L'arrêt en annulation du Tribunal de 2012 22
4.3.	La décision d'ouverture de la Commission du 1er octobre 2014 25
5.	Observations présentées par les parties intéressées 27
5.1.	CBI..... 27
5.2.	ABISP 29
5.3.	Zorgnet Vlaanderen..... 30
5.4.	UNCPSY 30
6.	Observations du Royaume de Belgique 30
6.1.	Observations de la Belgique sur la décision d'ouverture..... 30
6.2.	Observations de la Belgique sur les observations des tiers..... 35
7.	Appréciation des mesures 38
7.1.	Objet de la présente décision..... 38
7.2.	Aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE..... 40
7.2.1.	Avantage économique sélectif conféré à une entreprise 41
7.2.1.1.	La notion d'entreprise 41
7.2.1.2.	Avantage économique 44
7.2.1.3.	Sélectivité..... 46
7.2.2.	Ressources d'État 46
7.2.3.	Distorsion de la concurrence et effets sur les échanges 46

7.2.3.1.	Distorsion de la concurrence	47
7.2.3.2.	Effets sur les échanges entre États membres.....	47
7.2.4.	Conclusion.....	50
7.3.	Compatibilité avec le marché intérieur	50
7.3.1.	Base juridique.....	50
7.3.1.1.	Principes généraux	50
7.3.1.2.	Application de l’article 106, paragraphe 2, du TFUE dans le temps: remarques préliminaires.....	51
7.3.2.	Applicabilité de l’article 106, paragraphe 2, du TFUE: véritable SIEG	52
7.3.3.	Applicabilité de la décision SIEG de 2012	53
7.3.4.	L’acte de mandatement	54
7.3.4.1.	Nature et charge des obligations de service public imposées aux hôpitaux IRIS	54
I.)	Obligation de traiter tout patient en toute circonstance sans tenir compte de sa capacité de payer (obligation de soins universelle)	58
II.)	Obligation de fournir une offre complète de soins hospitaliers de base sur des sites multiples	69
III.)	Obligation de fournir des services sociaux étendus	76
IV.)	Conclusion concernant les obligations supplémentaires	80
7.3.4.2.	L’entreprise mandatée et, s’il y a lieu, le territoire concerné.....	81
7.3.4.3.	Droits exclusifs ou spéciaux.....	81
7.3.4.4.	Le mécanisme de compensation.....	81
7.3.4.5.	Modalités de recouvrement des éventuelles surcompensations et moyens d’éviter ces surcompensations	82
7.3.4.6.	Référence à la décision SIEG de 2012.....	83
7.3.5.	Compensation.....	83
7.3.6.	Contrôle de la surcompensation	98
7.3.7.	Durée des mandats	101
7.3.8.	Transparence	102
7.3.9.	Synthèse des conclusions sur la compatibilité de l’aide avec le marché intérieur...	103
7.4.	Observations finales	103
8.	Conclusion.....	103

DÉCISION DE LA COMMISSION

du 5.7.2016

CONCERNANT L'AIDE D'ÉTAT SA. 19864 - 2014/C (ex 2009/NN54) mise à exécution par la Belgique

Financement des hôpitaux publics IRIS en Région de Bruxelles-Capitale

(Texte présentant de l'intérêt pour l'EEE)

(Les textes en langues française et néerlandaise sont les seuls faisant foi.)

<p>Dans la version publique de la présente décision, des informations ont été supprimées conformément aux articles 30 et 31 du règlement (UE) 2015/1589 du Conseil du 13 juillet 2015 portant modalités d'application de l'article 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne. Ces articles concernent notamment la non-divulgence des informations couvertes par le secret professionnel. Les informations supprimées sont indiquées au moyen de crochets [...].</p>		<p>VERSION PUBLIQUE</p> <p>Ce document est publié uniquement pour information.</p>
--	--	--

LA COMMISSION EUROPÉENNE,

vu le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne, et notamment son article 108, paragraphe 2, premier alinéa¹,

vu l'accord sur l'Espace économique européen, et notamment son article 62, paragraphe 1, point a),

après avoir invité les parties intéressées à présenter leurs observations conformément auxdits articles² et vu ces observations,

considérant ce qui suit:

¹ A compter du 1^{er} décembre 2009, les articles 87 et 88 du traité CE sont devenus respectivement les articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne («TFUE»). Dans les deux cas, les dispositions sont, en substance, identiques. Aux fins de la présente décision, les références faites aux articles 107 et 108 du TFUE s'entendent, s'il y a lieu, comme faites respectivement aux articles 87 et 88 du traité CE. Le TFUE a également introduit certaines modifications de terminologie, telles que le remplacement de «Communauté» par «Union», de «marché commun» par «marché intérieur» et de «Tribunal de première instance» par «Tribunal». La terminologie du TFUE est utilisée dans la présente décision.

² JO C 437 du 5.12.2014, p. 10.

1. PROCEDURE

- (1) Par lettres du 7 septembre 2005 et du 17 octobre 2005, enregistrées respectivement le 12 septembre 2005 et le 19 octobre 2005, la Commission a reçu une plainte à l'encontre de l'État belge concernant le prétendu octroi, depuis 1995, d'aides illégales et incompatibles avec le marché intérieur aux cinq hôpitaux publics³ (ci-après les «hôpitaux IRIS»)⁴ du réseau IRIS⁵ (ci-après «IRIS») de la Région de Bruxelles-Capitale. La plainte a été déposée par deux associations [à savoir la Coordination bruxelloise d'institutions sociales et de santé (CBI) et l'Association bruxelloise des institutions de soins privées (ABISP)] représentant des hôpitaux gérés par des personnes morales de droit privé (ci-après les «hôpitaux privés») et aussi, *ut singuli*, par plusieurs hôpitaux membres de ces associations⁶.
- (2) La plainte se concentrait sur les groupes d'arguments suivants: i) l'absence ou le manque de clarté de la définition et du mandat des missions de service public spécifiques imposées uniquement aux hôpitaux IRIS mais pas aux hôpitaux privés bruxellois; ii) la compensation des pertes des hôpitaux IRIS par les autorités publiques; iii) la surcompensation des coûts liés aux missions de service public des hôpitaux IRIS par l'intermédiaire du Fonds régional bruxellois de refinancement des trésoreries communales; iv) le manque de transparence dans le mode de financement public des hôpitaux IRIS; et enfin v) l'existence de subventions croisées en faveur des activités non hospitalières des hôpitaux IRIS du fait des compensations reçues pour l'exercice de leurs missions hospitalières⁷.
- (3) Faisant suite à des informations complémentaires transmises par les autorités belges, le 10 janvier 2008, les services de la Commission ont informé les plaignants de leur avis préliminaire sur la plainte par courrier⁸ et ont invité les intéressés à soumettre de nouvelles informations pour leur permettre de réexaminer l'appréciation préliminaire faite de la plainte, à défaut de quoi cette dernière serait considérée comme retirée. Après avoir reçu la réponse des plaignants, les services de la Commission ont confirmé leur appréciation préliminaire dans leur lettre du 10 avril 2008.

³ Ensemble, ces cinq hôpitaux publics gèrent environ 2 425 des 7 260 lits environ que comptent les hôpitaux généraux et les hôpitaux universitaires de la Région de Bruxelles-Capitale (à l'exclusion des hôpitaux psychiatriques, gériatriques et autres hôpitaux spécialisés). Ils emploient environ 10 000 personnes. Ces hôpitaux donnent plus d'un million de consultations médicales par an. Le nombre de lits d'hôpitaux approuvés a été fourni par les autorités belges (qui ont consulté la Commission communautaire commune et le Service public fédéral «Santé publique») et concerne l'année 2015. Les autres informations sont disponibles sur le site web de l'IRIS (voir <http://www.iris-hopitaux.be>).

⁴ Voir les sections 2.2 et 2.4 pour de plus amples informations sur ces hôpitaux publics et leurs activités.

⁵ L'abréviation IRIS correspond à *Interhospitalière régionale des infrastructures de soins*.

⁶ Les plaignants avaient demandé que leurs identités respectives ne soient pas divulguées. Cependant, en raison des recours en annulation introduits par ces parties et de l'arrêt d'annulation du 7 novembre 2012 rendu par le Tribunal dans l'affaire T-137/10, ces identités sont désormais publiques [voir les considérants (4) et (6)]. Il convient aussi de noter que l'ABISP et ses membres ont retiré leur plainte.

⁷ Ce dernier argument a été avancé par les plaignants pour la première fois dans leur lettre du 15 décembre 2008.

⁸ En substance, les services de la Commission ont estimé, à titre préliminaire, que les hôpitaux IRIS étaient, de toute évidence, dûment chargés de missions de service public, que la compensation qu'ils percevaient était clairement définie et que cette compensation n'était pas excessive. En conséquence, les services de la Commission ont conclu à l'absence de problème au regard des règles relatives aux aides d'État. En outre, ils ont constaté que les exigences en matière de transparence semblaient également respectées. Les services de la Commission ont donc conclu qu'il n'existait pas de raisons suffisantes de poursuivre l'enquête en l'absence de nouveaux éléments transmis par les plaignants.

- (4) Par la suite, les plaignants ont informé la Commission qu'ils avaient introduit un recours en annulation auprès du Tribunal de première instance des Communautés européennes (devenu, à compter du 1^{er} décembre 2009, le Tribunal de l'Union européenne, ci-après le «Tribunal») contre la lettre du 10 janvier 2008, qu'ils considéraient comme une décision de la Commission⁹. Par ailleurs, le 20 juin 2008, les plaignants ont introduit un recours en annulation contre la lettre des services de la Commission du 10 avril 2008¹⁰. Les deux procédures engagées devant le Tribunal ont été suspendues par ce dernier jusqu'au 31 octobre 2009, la Commission ayant informé le Tribunal qu'elle avait l'intention d'adopter une décision en vertu du règlement (CE) n° 659/1999 du Conseil¹¹. En vue d'adopter cette décision, les services de la Commission ont demandé des renseignements complémentaires aux autorités belges ainsi qu'aux plaignants.
- (5) Dans sa décision du 28 octobre 2009¹² (ci-après la «décision de la Commission de 2009», voir aussi la section 4.1), la Commission a décidé de ne pas soulever d'objections à l'égard de l'aide au financement des hôpitaux publics du réseau IRIS de la Région de Bruxelles-Capitale au motif que le financement en cause était jugé compatible avec le marché commun au regard des conditions énoncées dans la décision de la Commission du 28 novembre 2005 concernant l'application des dispositions de l'article 86, paragraphe 2, du traité CE aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général (ci-après la «décision SIEG de 2005») ¹³ ainsi que directement au regard de l'article 86, paragraphe 2, du traité CE (devenu l'article 106, paragraphe 2, du TFUE) pour ce qui est des missions de service public confiées avant l'entrée en vigueur de la décision SIEG de 2005 le 19 décembre de la même année.
- (6) Par la suite, les plaignants ont formé un recours en annulation de cette décision de la Commission devant le Tribunal. Ce dernier a annulé la décision de la Commission par son arrêt du 7 novembre 2012 dans l'affaire T-137/10¹⁴ (voir aussi la section 4.2), jugeant que cette décision avait été adoptée en violation des droits procéduraux des plaignants. En particulier, le Tribunal a conclu que la Commission aurait dû exprimer des doutes quant à la compatibilité des mesures en cause avec le marché intérieur, compte tenu des arguments avancés par les plaignants à cet égard. Le Tribunal a, dès lors, conclu que la Commission était tenue d'ouvrir la procédure formelle d'examen, afin de recueillir tout élément pertinent pour la vérification de la compatibilité de l'ensemble des mesures d'aide en cause avec le marché intérieur, ainsi que de permettre aux plaignants et aux autres parties intéressées de présenter leurs observations dans le cadre de ladite procédure¹⁵.
- (7) Par lettre du 1^{er} octobre 2014, la Commission a informé la Belgique de sa décision d'ouvrir la procédure prévue à l'article 108, paragraphe 2, du TFUE à l'égard des mesures de financement public en faveur des hôpitaux IRIS de la Région de Bruxelles-Capitale.

⁹ Affaire T-128/08, non encore publiée.

¹⁰ Affaire T-241/08, non encore publiée.

¹¹ JO L 83 du 27.3.1999, p. 1.

¹² JO C 74 du 24. 3.2010, p. 1.

¹³ JO L 312 du 29.11.2005, p. 6.

¹⁴ Affaire T-137/10, CBI/Commission, ECLI:EU:T:2012:584.

¹⁵ Affaire T-137/10, point 313.

- (8) La décision de la Commission d'ouvrir la procédure (ci-après la «décision d'ouverture») a été publiée au *Journal officiel de l'Union européenne*¹⁶. La Commission a invité les parties intéressées à présenter leurs observations sur les mesures.
- (9) Par lettre du 22 octobre 2014, les autorités belges ont demandé une prolongation du délai de présentation de leurs observations en réponse à la décision d'ouverture. La Commission a accordé cette prolongation par lettre du 23 octobre 2014. Une nouvelle prolongation de délai a été demandée par courriel le 1^{er} décembre 2014 et accordée par la Commission par lettre du 2 décembre 2014. Par lettre du 16 décembre 2014, le Royaume de Belgique a soumis ses observations sur la décision d'ouverture.
- (10) La Commission a reçu des observations émanant de parties intéressées (voir la section 5 ci-dessous) le 15 décembre 2014, le 5 janvier 2015 et le 9 janvier 2015. Par lettres des 13 et 20 février 2015, la Commission a transmis ces observations à la Belgique, qui a eu la possibilité d'y réagir. Les observations de la Belgique ont été reçues par lettre datée du 13 mars 2015 et enregistrée le 17 mars 2015.
- (11) Sur cette base, la Commission a réexaminé le dossier et interprété certains éléments différemment par rapport à l'appréciation donnée dans sa décision annulée de 2009.

2. CONTEXTE

- (12) Les hôpitaux IRIS opèrent dans un environnement législatif et réglementaire complexe déterminé par différentes autorités publiques. Une appréciation globale de la conformité du financement public dont bénéficient ces hôpitaux avec les règles en matière d'aides d'État nécessite tout d'abord de décrire brièvement le cadre législatif et réglementaire applicable aux hôpitaux IRIS. Cette description inclut une présentation de la loi CPAS (sur la base de laquelle les hôpitaux IRIS ont été créés), un bref historique de la création des hôpitaux IRIS, un relevé des documents législatifs et autres qui régissent les activités des hôpitaux IRIS, une brève description des principales activités des hôpitaux IRIS ainsi qu'une énumération des différents mécanismes de financement applicables.

2.1. Le droit à l'aide sociale et la loi CPAS

- (13) En Belgique, le droit à l'aide sociale est un droit constitutionnel. L'article 23 de la Constitution belge, en particulier, dispose ce qui suit:

«Chacun a le droit de mener une vie conforme à la dignité humaine. À cette fin, la loi, le décret ou la règle visée à l'article 134 garantissent, en tenant compte des obligations correspondantes, les droits économiques, sociaux et culturels, et déterminent les conditions de leur exercice. Ces droits comprennent notamment:

[...]

2° le droit à la sécurité sociale, à la protection de la santé et à l'aide sociale, médicale et juridique.»

¹⁶ Voir la note de bas de page 2.

- (14) L'accès effectif des citoyens à l'aide sociale est régi principalement par la loi organique du 8 juillet 1976¹⁷ (ci-après la «loi CPAS») instituant les centres publics d'action sociale (ci-après les «CPAS»). Ceux-ci sont des organismes publics possédant une personnalité juridique et présents dans chaque commune belge. Les CPAS sont dirigés par un conseil dont les membres sont élus par le conseil communal de la commune concernée. En vertu de l'article 1 de la loi CPAS:

«Toute personne a droit à l'aide sociale. Celle-ci a pour but de permettre à chacun de mener une vie conforme à la dignité humaine. Il est créé des centres publics d'aide sociale qui, dans les conditions déterminées par la présente loi, ont pour mission d'assurer cette aide.»

- (15) Dans la pratique, le CPAS fournit une aide sociale aux personnes qui ne disposent pas des ressources nécessaires pour leur permettre de mener une vie conforme à la dignité humaine et qui ne peuvent pas bénéficier d'autres formes de sécurité sociale (par ex. indemnités de chômage). Dans ce contexte, l'article 57, paragraphe 1, de la loi CPAS précise que le CPAS a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il décrit cette mission comme suit:

«Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive. Il encourage la participation sociale des usagers. Cette aide peut être matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique.»

- (16) Chaque CPAS est tenu d'apporter une aide sociale aux personnes et aux familles, mais dispose d'un certain pouvoir discrétionnaire quant à la façon dont cette aide est fournie. Plus précisément, un CPAS peut apporter cette aide:

- soit lui-même, de façon directe,
- soit *«là où cela se révèle nécessaire et, le cas échéant, dans le cadre d'une programmation existante»* [voir aussi le considérant (19)], par l'intermédiaire d'établissements ou de services qu'il crée (sur la base de l'article 60, paragraphe 6, de l'article 79 et de l'article 118 de la loi CPAS), auquel cas le CPAS qui crée cet établissement ou ce service est également tenu d'en définir la finalité. Toute obligation sociale que le CPAS délègue à cet établissement ou à ce service doit ensuite être assurée conformément à cette finalité;
- soit par l'intermédiaire d'établissements ou de services avec lesquels il collabore (article 61 de la loi CPAS), auquel cas les établissements ou services en cause doivent avoir été créés:
 - soit par le CPAS lui-même (voir tiret précédent);
 - soit par un tiers qui en aura également défini la finalité.

- (17) Dans ces deux derniers cas, le CPAS délègue (une partie de) ses obligations d'aide sociale uniquement dans la mesure où cette délégation est conforme à la finalité de l'établissement collaborant. D'un côté, si l'établissement est créé par le CPAS, ce dernier en contrôle la finalité. Dans le cas d'un établissement entièrement distinct (établissement tiers), par contre, la collaboration sera limitée par la finalité de cet établissement.

¹⁷ Moniteur belge du 5 août 1976, p. 9876.

- (18) L'obligation légale faite au CPAS d'apporter une aide sociale, que cette aide soit matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique, est identique indépendamment du fait que le CPAS apporte cette aide directement ou par l'intermédiaire d'établissements qu'il crée ou avec lesquels il collabore. L'article 57 de la loi CPAS impose au CPAS (et à lui seul) l'obligation de fournir cette aide dans tous les cas. Tout type de délégation constitue une forme d'exécution de cette obligation et n'exonère pas le CPAS de sa responsabilité de remplir, et de continuer à remplir, son obligation.
- (19) Les exigences qui s'appliquent dans les cas où un CPAS souhaite créer un établissement ou un service (par exemple un hôpital) dans le but d'accomplir (une partie de) sa mission d'aide sociale sont définies à l'article 60, paragraphe 6, de la loi CPAS:

«Le centre public d'aide sociale crée, là où cela se révèle nécessaire et, le cas échéant, dans le cadre d'une programmation existante, des établissements ou services à caractère social, curatif ou préventif, les étend et les gère.

La nécessité de la création ou de l'extension d'un établissement ou d'un service doit résulter d'un dossier qui comporte un examen sur les besoins de la commune et/ou de la région et sur les établissements ou services similaires déjà en fonction, une description du fonctionnement, une évaluation précise du prix de revient et des dépenses à effectuer ainsi que, si possible, des informations permettant une comparaison avec des établissements ou services similaires.

La création ou l'extension d'établissements ou services qui sont susceptibles de bénéficier de subventions au niveau soit des investissements, soit du fonctionnement, ne peut être décidée que sur base d'un dossier faisant apparaître que les conditions prévues par la législation ou la réglementation organique pour l'octroi de ces subventions seront respectées.

Sans préjudice des autorisations à obtenir d'autres autorités publiques, la décision de créer ou d'étendre un établissement ou un service, dès qu'elle est de nature à entraîner une intervention à charge du budget communal ou à majorer celle-ci, est soumise à l'approbation du conseil communal.»

- (20) L'obligation imposée par l'article 57 de la loi CPAS d'apporter une aide (sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique) aux personnes et aux familles est:
- générale: l'aide doit être fournie indépendamment des convictions idéologiques, philosophiques ou religieuses des bénéficiaires (article 59 de la loi CPAS) et du manque de moyens éventuel de la personne concernée. Le CPAS a spécifiquement pour mission de fournir une aide en fonction de l'état de pauvreté de l'intéressé. Sur cette base, chaque CPAS est tenu de fournir une aide à tous. S'il crée un établissement ou un service pour s'acquitter de sa mission, cet établissement ou ce service est soumis à la même obligation;
 - sans limite de temps: l'aide doit être fournie aussi longtemps que le besoin social existe. Le CPAS est donc tenu d'assurer la continuité de l'aide et, dès lors, de l'établissement ou du service qui fournit cette aide.

- (21) Sur la base du principe de l'autonomie communale, chaque CPAS, dans sa commune respective, décide de façon autonome, dans le respect de la loi CPAS, de la façon la mieux adaptée de respecter son obligation d'aide sociale (y compris médicale). Le

choix constitutionnel d'organiser l'aide sociale au niveau communal est aussi guidé par le souhait et la nécessité de mettre en place une politique d'aide sociale aussi proche que possible de la population. Lorsqu'un CPAS décide de créer un établissement de soins de santé à caractère curatif pour répondre aux besoins de soins de la population locale, l'établissement ainsi créé est régi à la fois par la loi CPAS et par le cadre réglementaire fédéral applicable aux hôpitaux [voir le considérant (32)], qui s'applique à tous les hôpitaux quel que soit leur statut (public ou privé) et garantit un système organisationnel commun pour l'ensemble du pays. Toutefois, contrairement aux hôpitaux privés, les hôpitaux créés par un CPAS, comme les hôpitaux IRIS, ont pour principal objectif de contribuer en permanence à la fourniture d'une aide sociale. La nature exacte des obligations imposées aux hôpitaux IRIS en matière d'aide sociale (voir aussi la section 7.3.4.1 ci-dessous) est définie dans les statuts des hôpitaux IRIS et dans les plans stratégiques de l'IRIS conformément aux prescriptions de la loi CPAS (et notamment aux articles 120 et 135 *quinquies* de cette loi).

- (22) Enfin, sur la base de l'article 106 de la loi CPAS, les communes sont tenues de couvrir le déficit de leurs CPAS lorsque ceux-ci ne disposent pas de moyens suffisants pour couvrir les dépenses liées à leurs obligations d'aide sociale.

2.2. La création des hôpitaux IRIS

- (23) Comme expliqué ci-dessus [voir le considérant (15)], l'aide sociale fournie par le CPAS englobe l'assistance médicale et médico-sociale et peut avoir un caractère préventif aussi bien que curatif. Cette assistance peut être apportée soit i) directement par le CPAS, soit ii) par l'intermédiaire d'un tiers (par exemple un hôpital privé) dans le respect de son autonomie juridique ou, iii) en particulier si le CPAS souhaite contrôler la façon dont ces objectifs sont atteints, par la création d'un établissement ou d'un service chargé d'accomplir une partie de sa mission (cette mission est alors définie dans les statuts de cet établissement ou de ce service et, dans le cas des hôpitaux IRIS, dans les plans stratégiques de l'IRIS [voir les considérants (16) et (21)]. Afin d'accomplir leur mission d'assistance médicale, les CPAS ont créé et continuent de (co-)gérer des hôpitaux dans plusieurs villes et communes belges.
- (24) Dans le passé, les CPAS des six communes bruxelloises concernées¹⁸ ont fourni eux-mêmes une assistance sociale à caractère médical et socio-médical par l'intermédiaire de huit hôpitaux publics¹⁹ répartis sur huit sites différents. Ces hôpitaux étaient gérés directement par leurs CPAS respectifs et ne possédaient pas de personnalité juridique. Il était donc clair que ces hôpitaux contribuaient à remplir l'obligation d'aide sociale de leurs CPAS respectifs. Cependant, au cours de la première moitié des années 1990, les pouvoirs publics bruxellois ont estimé que les déficits structurels de ces hôpitaux mettaient en péril leur pérennité. Afin de garantir la pérennité et la viabilité à long terme des hôpitaux publics bruxellois, ces pouvoirs publics ont décidé de les restructurer.

¹⁸ Sur les dix-neuf communes constituant la Région de Bruxelles-Capitale, les six communes concernées sont: Anderlecht, la Ville de Bruxelles, Etterbeek, Ixelles, Schaerbeek et Saint-Gilles.

¹⁹ Plus précisément, il s'agissait des hôpitaux suivants: CHU Brugmann-Huderf (entité unique jusqu'au 1^{er} janvier 1997), le CHU Saint-Pierre, l'Institut Bordet, le Centre Hospitalier Baron Lambert, le Centre Hospitalier Bracops, le Centre Hospitalier Molière, le Centre Hospitalier Brien et le Centre Hospitalier Etterbeek-Ixelles.

- (25) La première étape de cette restructuration a été lancée le 19 mai 1994 avec la signature d'un accord de coopération entre le gouvernement fédéral belge, la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire commune bruxelloise relative à la politique hospitalière. Cet accord prévoyait la mise en œuvre d'un pacte de restructuration afin de garantir la pérennité des services hospitaliers publics et locaux. Comme l'indique l'article 2 de cet accord de coopération:

«Ce pacte de restructuration doit satisfaire aux conditions suivantes:

*1. présenter des garanties quant au **maintien**, d'une part de la **spécificité des hôpitaux publics**, entre autres par le choix des structures juridiques et de coordination qui **assur[e]nt une prépondérance du secteur public dans les organes de gestion** et les procédures de décision et, d'autre part, de **l'ancrage local, par un renforcement de la représentation des élus directs** dans la composition des organes de gestion.»²⁰*

- (26) À cette fin, le préambule de l'accord de coopération prévoit ce qui suit:

«Considérant que le déficit financier accusé par les institutions hospitalières publiques situées sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale a en effet atteint des proportions inquiétantes;

Que, malgré plusieurs plans d'assainissement, l'équilibre financier de ces institutions se révèle extrêmement précaire et obère de ce fait, de manière structurelle, les budgets communaux;

Considérant qu'il s'impose, dans ces conditions, d'encourager la mise en place de mécanismes de coordination et de coopération entre les communes et les centres publics d'aide sociale et associations créées en application du chapitre XII de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale, responsables des différentes institutions hospitalières publiques situées sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale;

*Considérant que de tels mécanismes de coordination et de coopération **sont de nature à assurer la pérennité des hôpitaux publics**, en encourageant les synergies d'équipements et infrastructure, ainsi que de leurs moyens de gestion et de développement et à contribuer à remédier au déficit des budgets communaux;*

Considérant que le présent accord ne modifie en rien les règles de financement des hôpitaux mais vise uniquement à remédier au déficit structurel affectant les centres publics d'aide sociale et les communes.»²¹

- (27) C'est sur cette base que, le 22 décembre 1995, la Commission communautaire commune bruxelloise a adopté une ordonnance insérant un chapitre XII *bis* dans la version de la loi CPAS qui s'applique à la Région de Bruxelles-Capitale. Les travaux préparatoires de cette ordonnance²² renvoient à l'accord de coopération du 19 mai

²⁰ Mise en gras ajoutée.

²¹ Mise en gras ajoutée.

²² Session ordinaire 1995-1996. Documents de l'Assemblée réunie de la Commission communautaire commune Projet d'ordonnance: B-10/1. - Rapport: B-10/2. Compte rendu intégral. - Discussion et adoption: réunion du 22 décembre 1995.

1994 [voir le considérant (25)], dont le principal objectif était de garantir, au moyen de la restructuration proposée, la pérennité des hôpitaux publics bruxellois²³.

(28) La restructuration a principalement reposé sur les éléments suivants:

- cession, par les CPAS, de la gestion directe de leurs hôpitaux publics à des personnes morales nouvellement créées (appelées «associations relevant du chapitre XII») établies par les CPAS (conjointement avec les communes concernées, l'association représentant les médecins de l'hôpital et, là où il y avait lieu, l'*Université libre de Bruxelles* (ULB) et/ou la *Vrije Universiteit Brussel* (VUB).

Ce faisant, les CPAS ont renoncé à leur décision antérieure de gérer eux-mêmes leurs propres hôpitaux. Comme le permettent l'article 60, paragraphe 6, et l'article 118 de la loi CPAS [voir le considérant (19)], les CPAS ont décidé de fonder une association leur permettant d'apporter une assistance médicale et médico-sociale à la communauté.

De ce fait, les hôpitaux publics bruxellois ont été liquidés et leurs activités ont été transférées à huit associations hospitalières locales établies sur la base du chapitre XII de la loi CPAS. Les hôpitaux IRIS ont ainsi obtenu leur autonomie juridique et financière²⁴ le 1^{er} janvier 1996. Les huit associations hospitalières suivantes ont été créées: le CHU Brugmann - HUDERF, le CH Brien, le CHU Saint-Pierre (CHU-SP), le CH Etterbeek-Ixelles, le CH Baron Lambert, le CH Bracops, le CH Molière et l'Institut Bordet (IB).

Ces huit hôpitaux ont ensuite été regroupés comme suit, tout en maintenant tous les sites existants, en cinq hôpitaux IRIS tels qu'ils existent actuellement. Le CHU Brugmann (CHU-B) et l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF) ont été scindés en deux entités juridiques distinctes le 1^{er} janvier 1997. Le 1^{er} juillet 1999, le CHU Brugmann et le CH Brien ont été regroupés en une même entité dénommée CHU Brugmann. À cette même date, le CH Etterbeek-Ixelles, le CH Baron Lambert, le CH Bracops, le CH Molière ont fusionné pour former les Hôpitaux Iris Sud. Dans la présente décision, sauf indication contraire, le terme «hôpitaux IRIS» désigne ces cinq associations hospitalières locales actuelles²⁵;

- création d'une structure faîtière dénommée IRIS (sur la base du chapitre XII *bis* de la loi CPAS) qui doit assurer la coordination et le contrôle des activités hospitalières de chacune des associations relevant

²³ Les travaux préparatoires précisent en particulier que l'accord de coopération du 19 mai 1994 a été conclu «*en vue d'assurer la pérennité des hôpitaux publics bruxellois en encourageant, entre autres, la mise en place de mécanismes de coordination et de coopération entre les responsables des différentes institutions hospitalières publiques situées sur le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale, à savoir les communes, les [CPAS] et les associations créées en application du chapitre XII de la [loi CPAS].*»

²⁴ L'article 121 de la loi CPAS précise que les associations relevant du chapitre XII jouissent de la personnalité juridique.

²⁵ Certains des hôpitaux IRIS exercent leurs activités sur plusieurs sites. À l'heure actuelle, le CHU-B est ainsi actif sur trois sites (Victor Horta, Paul Brien et Reine Astrid), le CHU-SP sur deux sites (Porte de Hal et César de Paepe) et les HIS sur quatre sites (Etterbeek-Ixelles, J. Bracops, Molière-Longchamp et Baron Lambert).

du chapitre XII²⁶. La structure faîtière IRIS a pour principal objectif d'atteindre un équilibre financier durable pour les activités hospitalières exercées par les hôpitaux IRIS. Ses tâches principales consistent à coordonner les activités des hôpitaux IRIS, à fixer un plan stratégique pour le réseau IRIS, à améliorer la qualité des services offerts et à contrôler le budget du réseau.

- (29) Conformément au chapitre XII de la loi CPAS, chacune des associations hospitalières locales est établie sur la base de statuts qui, entre autres, définissent son objet, les droits et les obligations de ses membres ainsi que ses organes décisionnels²⁷. Chacune des associations dispose d'une assemblée générale et d'un conseil d'administration au sein desquels les différentes parties ayant créé l'association [voir le considérant (28)] sont représentées, mais les représentants des pouvoirs publics (c'est-à-dire la commune et le CPAS) détiennent une majorité des sièges dans ces organes de décision²⁸. Il ne fait donc aucun doute que chacun des hôpitaux IRIS est contrôlé par les pouvoirs publics. De même, les communes et le CPAS disposent d'une large majorité au sein de l'assemblée générale et du conseil d'administration de la structure faîtière IRIS.
- (30) Le chapitre XII *bis* de la loi CPAS fixe, entre autres, les règles de contrôle et de tutelle administrative qui s'appliquent aux associations hospitalières locales. Plus précisément, l'organisation faîtière IRIS est tenue d'établir un plan stratégique qui engage les associations locales relevant du chapitre XII. Sur la base de ce plan, chaque association hospitalière locale est tenue d'établir des plans de gestion et des plans financiers et de les soumettre à l'IRIS pour approbation (voir l'article 135 *quinquies* de la loi CPAS) Les associations hospitalières locales doivent également demander l'autorisation de l'IRIS avant de prendre certaines décisions majeures (voir l'article 135 *sexies*) et sont soumises à un contrôle trimestriel exercé par l'IRIS (voir l'article 135 *octies*). L'IRIS désigne aussi un commissaire auprès de chaque association hospitalière locale; celui-ci assiste aux réunions des organes décisionnels de ces associations et dispose d'un droit de veto sur les décisions non conformes aux décisions prises par l'IRIS (voir l'article 135 *novies*).
- (31) Enfin, comme expliqué aux considérants 31 et 32 de la décision d'ouverture, la restructuration des hôpitaux publics bruxellois supervisés et gérés par les CPAS comprenait également un volet financier. Plus précisément, par l'intermédiaire du Fonds régional bruxellois de refinancement des trésoreries communales (ci-après «FRBRTC»), la Région de Bruxelles-Capitale a accordé un prêt de 4 milliards de francs belges (environ 100 millions d'euros) sur une période de 20 ans aux communes gérant un hôpital public (via leurs CPAS respectifs)²⁹. Ces communes ont ensuite reversé ces fonds à leurs hôpitaux publics afin de couvrir une partie de leur

²⁶ Le contrôle exercé par l'IRIS est soumis aux conditions précisées dans l'ordonnance (de la Région de Bruxelles-Capitale) du 22 décembre 1995 (Moniteur belge du 7 février 1996, p. 2737).

²⁷ L'article 120 de la loi CPAS précise les exigences minimales applicables aux statuts des associations créées par un CPAS sur la base du chapitre XII de la loi CPAS.

²⁸ L'article 125 de la loi CPAS dispose que: «*Quelle que soit la proportion des apports des divers associés, les personnes de droit public disposent toujours de la majorité des voix dans les différents organes d'administration et de gestion de l'association.*»

²⁹ Le FRBRTC a été institué par l'ordonnance du 8 avril 1993, Moniteur belge du 12 mai 1993, p. 10889 (modifiée par l'ordonnance du 2 mai 2002).

passif financier³⁰. Le 6 juin 1996, la Région de Bruxelles-Capitale a décidé de ne pas exiger le remboursement du prêt et des intérêts à condition que les accords sur la restructuration soient pleinement mis en œuvre et que les plans financiers soient respectés.

2.3. Le cadre réglementaire applicable aux hôpitaux IRIS

(32) Il ressort clairement de la section précédente que les hôpitaux IRIS ont été créés sur la base de la loi CPAS pour permettre aux CPAS de respecter leurs obligations en matière d'aide sociale. Ces hôpitaux sont donc régis en premier lieu par la loi CPAS. Toutefois, en tant qu'hôpitaux, ils sont également soumis à la loi coordonnée sur les hôpitaux (LCH)³¹ du 7 août 1987, dont l'article 147 (désormais article 163 de la LCH dans sa version du 10 juillet 2008)³² dispose ce qui suit:

«En ce qui concerne les hôpitaux gérés par un Centre Public d'Aide Sociale et les médecins qui travaillent dans ces hôpitaux, les dispositions de la présente loi coordonnée complètent la loi organique du 8 juillet 1976 des Centres Publics d'Aide Sociale et plus particulièrement les articles 48, 51, 52, 53, 54, 55, 56 et 94 de cette loi.»

(33) La LCH définit, entre autres, les types d'hôpitaux qui peuvent être agréés officiellement³³; les conditions de gestion d'un hôpital et la structuration de l'activité médicale³⁴; la programmation hospitalière³⁵; les normes et conditions d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers³⁶; les rapports juridiques entre un hôpital et les médecins hospitaliers, le statut pécuniaire des médecins hospitaliers, comprenant, notamment, la perception et la fixation des honoraires, le contenu des honoraires et l'affectation des honoraires perçus de façon centrale³⁷.

(34) De plus les hôpitaux IRIS sont également soumis aux règles fixées par les statuts des associations hospitalières locales qui précisent, entre autres, la finalité des hôpitaux IRIS ainsi que les droits et devoirs des membres de l'association [voir aussi le considérant (29)].

(35) Enfin, les associations hospitalières locales sont placées sous la tutelle de l'organisation faîtière IRIS, ce qui limite leur capacité à prendre de façon autonome certaines décisions financières et de gestion [voir le considérant (30)]. Il importe de noter que l'organisation faîtière IRIS adopte des plans stratégiques pluriannuels qui engagent les associations hospitalières locales, comme le prévoit l'article 135 *quinquies* de la loi CPAS.

³⁰ Le montant de 100 millions d'euros était insuffisant pour couvrir le passif financier total des hôpitaux tel qu'il se présentait fin 1995, avec un déficit cumulé estimé à près de 200 millions d'euros.

³¹ Moniteur belge du 7 octobre 1987, p. 14652. Remplacée par la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 (Moniteur belge du 7 novembre 2008, p. 58624).

³² Afin de faciliter les références, la présente décision se réfère simplement à l'article 147 de la LCH, étant entendu que cette référence concerne l'article 163 de la LCH à partir de l'entrée en vigueur de la loi du 10 juillet 2008.

³³ Voir les articles 2 à 7 de la loi du 7 août 1987.

³⁴ Voir les articles 10 à 17 de la loi du 7 août 1987.

³⁵ Voir les articles 23 à 45 de la loi du 7 août 1987. Le mécanisme de programmation consiste à déterminer, sur la base des besoins médicaux évalués par le pouvoir fédéral, un nombre maximal de lits d'hôpitaux par région. Il en résulte qu'à moins que la demande de lits d'hôpitaux n'augmente, toute création de lits (ou toute création d'hôpital) n'est autorisée que si des lits sont supprimés ailleurs.

³⁶ Voir les articles 68 à 76 *sexies* de la loi du 7 août 1987.

³⁷ Voir les articles 130 à 142 de la loi du 7 août 1987.

- (36) En conclusion, le cadre réglementaire au sein duquel opèrent les hôpitaux IRIS est composé de la loi CPAS, de la LCH, des statuts des associations hospitalières locales et des plans stratégiques contraignants adoptés par l'organisation faîtière IRIS.

2.4. Activités principales des hôpitaux IRIS

- (37) L'activité principale des hôpitaux IRIS consiste à fournir des services hospitaliers aux patients de la Région de Bruxelles-Capitale. Les hôpitaux IRIS emploient au total près de 10 000 personnes, assurent plus d'un million de consultations par an et constituent le plus grand service d'urgences de Belgique. Ils proposent des services médicaux complets dans tous les grands domaines médicaux. Deux d'entre eux se spécialisent dans des disciplines particulières (l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola est spécialisé en pédiatrie, tandis que l'Institut Bordet est spécialisé en oncologie).
- (38) Outre les services médicaux, les hôpitaux IRIS assurent également une série d'activités sociales connexes. En particulier, les assistants sociaux des hôpitaux IRIS fournissent une aide aux patients défavorisés et à leurs familles pour résoudre et gérer des difficultés administratives, financières, relationnelles et sociales.
- (39) Les cinq hôpitaux IRIS fournissent actuellement leurs services médicaux et services sociaux connexes par l'intermédiaire d'un réseau de onze sites à Bruxelles. Ces sites sont répartis sur six communes (à savoir Anderlecht, la Ville de Bruxelles, Etterbeek, Forest, Ixelles et Schaerbeek).
- (40) Les hôpitaux IRIS décrivent leur mission comme suit: «*[d]e la naissance à la fin de vie, nos hôpitaux sont au service de chacun, à tous les moments de son existence, et quels que soient ses problèmes médicaux.*»³⁸. Dix des 11 sites des hôpitaux IRIS sont situés dans des communes où le revenu moyen ne dépasse pas le revenu médian³⁹ de la Région de Bruxelles-Capitale. Sur la base d'un classement établi par le service public fédéral de la santé publique [voir le tableau reprenant ce classement au considérant (185)], les trois grands hôpitaux IRIS offrant des services complets [CHU Saint-Pierre, CHU Brugmann et hôpitaux Iris Sud (HIS)] sont les trois hôpitaux dont les patients présentent le profil socio-économique le plus vulnérable de Belgique. Cette situation est confirmée encore par le fait qu'en 2012, près de 11 % de tous les patients admis au CHU Saint-Pierre et au CHU Brugmann n'étaient pas couverts par l'assurance-maladie obligatoire en Belgique et n'étaient pas en mesure de payer leur traitement, et que 15 % des patients de ces hôpitaux étaient (aussi) dépendants du soutien du CPAS.
- (41) Enfin, les hôpitaux IRIS assurent également un certain nombre d'activités connexes (par exemple, le transport en ambulance des patients entre hôpitaux, une crèche-garderie pour les enfants des membres du personnel, des maisons de soins et de repos pour personnes âgées, des écoles d'infirmières, de la recherche, des infrastructures d'habitation avec services, des établissements de soins psychiatriques, une boutique pour les patients et les visiteurs, la location de téléviseurs aux patients, la location de chambres à des tiers, une cantine et des infrastructures de stationnement). Ces activités connexes ne représentent qu'un très modeste pourcentage de toutes les activités des hôpitaux IRIS, comme en témoigne leur faible contribution (moins de 2 % en moyenne) aux recettes totales des hôpitaux IRIS.

³⁸ Voir <http://www.iris-hopitaux.be/fr> (site consulté le 19 août 2015).

³⁹ Voir la note de bas de page 245 pour le revenu moyen médian.

- (42) La totalité de ces activités représentent les coûts et recettes des hôpitaux IRIS. Les coûts supportés par ces derniers sont aussi déterminés, en plus de leurs activités particulières, par leur statut d'hôpitaux publics, qui leur impose un certain nombre de contraintes auxquelles ne sont pas soumis les hôpitaux privés. Les coûts opérationnels supportés par les hôpitaux IRIS dans le cadre de leurs services d'intérêt économique général (ci-après «SIEG») et de leurs activités connexes sont augmentés, en particulier, par des facteurs tels que:
- l'obligation de verser des primes de compétences linguistiques⁴⁰ aux employés bilingues, ce qui représente un coût annuel estimé⁴¹ à [...] millions d'euros à charge des hôpitaux IRIS;
 - le régime de pensions applicable aux employés statutaires⁴² (fonctionnaires nommés), plus généreux que le régime applicable aux employés du secteur privé et auquel les hôpitaux IRIS doivent apporter une contribution estimée à [...] millions d'euros par an;
 - les coûts liés aux maladies de longue durée des employés statutaires⁴³, qui doivent être supportés par les hôpitaux IRIS (et non par le système de sécurité sociale), pour un montant annuel estimé à [...] million d'euros;
 - les augmentations barémiques imposées aux hôpitaux IRIS par la Région de Bruxelles-Capitale⁴⁴, qui définit les barèmes applicables aux employés communaux, aux CPAS et aux hôpitaux IRIS et qui ne couvre que 60 % de ces augmentations, laissant un coût annuel d'environ [...] millions d'euros à la charge des hôpitaux IRIS;
 - les contributions obligatoires des hôpitaux IRIS aux coûts de l'organisation faîtière IRIS⁴⁵, pour un coût annuel estimé de [...] millions d'euros.
- (43) Ces coûts résiduels doivent être supportés par les hôpitaux IRIS et ne sont pas couverts par d'autres sources de financement public [comme par exemple le BMF, voir le considérant (46)(a)].

⁴⁰ Cette obligation se fonde notamment sur la loi du 18 juillet 1966, sur l'article 42, paragraphe 5, de la loi CPAS, sur la loi du 24 juin 1988, sur l'arrêté de l'Exécutif de la Région de Bruxelles-Capitale du 25 juillet 1991 et sur l'arrêté du gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 6 mai 1999.

⁴¹ Toutes les estimations de coûts indiquées au présent considérant et au considérant suivant concernent l'année 2010 et reflètent le coût résiduel à supporter par les hôpitaux IRIS après déduction du financement public, le cas échéant, par la Région de Bruxelles-Capitale ou le gouvernement fédéral.

⁴² Cette obligation se fonde en particulier sur l'article 156 et l'article 161, paragraphes 1 et 2, de la loi du 24 juin 1988, sur l'article 42, paragraphe 5, de la loi CPAS et sur le paragraphe 3.4 du protocole syndical 95/3 du 27 octobre 1995.

⁴³ Cette obligation se fonde notamment sur la loi du 14 février 1961, sur l'article 42, paragraphe 5 de la loi CPAS, sur la loi du 24 juin 1988 et sur l'arrêté du gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 6 mai 1999.

⁴⁴ Ces augmentations barémiques sont définies par les conventions 2003/1, 2004/10, 2007/1 et 2009/1.

⁴⁵ La Région de Bruxelles-Capitale a imposé une structure faîtière responsable de la coordination et de la tutelle des activités hospitalières des hôpitaux IRIS conformément au chapitre XII *bis* de la loi CPAS.

2.5. Les mécanismes de financement et les mécanismes comptables des hôpitaux IRIS

2.5.1. Mécanismes de financement

(44) Le principe fondamental de financement des hôpitaux IRIS est inscrit à l'article 46⁴⁶ des statuts de chacune des cinq associations hospitalières locales [voir les considérants (28)-(29)], qui stipulent ce qui suit:

«Sans préjudice de l'article cent neuf de la loi du sept août mil neuf cent quatre-vingt-sept sur les hôpitaux, le résultat de l'exercice est attribué entre les associés disposant d'au moins un cinquième de la totalité des voix au sein de l'Assemblée générale, par délibération de l'Assemblée générale.»⁴⁷

Sur cette base, les communes et le CPAS sont tenus d'absorber entièrement tout déficit subi par les hôpitaux IRIS et déclaré dans leurs comptes financiers. De plus, en vertu de l'article 106 de la loi CPAS, les communes sont tenues de couvrir tout déficit généré par leurs CPAS [voir le considérant (22)]. En conséquence, les communes (directement et du fait de leur obligation de financement vis-à-vis de leurs CPAS respectifs) garantissent au final la pérennité des hôpitaux IRIS en couvrant entièrement tout déficit que ces hôpitaux sont susceptibles de générer.

(45) Il va de soi que la mesure dans laquelle les communes et les CPAS doivent intervenir pour couvrir les déficits éventuels générés par les hôpitaux IRIS en vertu de l'article 46 de leurs statuts respectifs dépend de la mesure dans laquelle les hôpitaux IRIS sont capables de couvrir leurs coûts par d'autres sources de financement.

(46) La LCH décrit cinq sources de financement accessibles de manière égale aux hôpitaux publics et privés. Les frais d'exploitation des hôpitaux belges sont principalement couverts par les trois premières⁴⁸, tandis que les quatrième et cinquième concernent les frais d'investissement des hôpitaux.

(a) La première source de financement est le budget des moyens financiers (ci-après le «BMF»)⁴⁹, qui est établi par le ministre fédéral de la santé publique et qui tient compte uniquement des soins hospitaliers donnant lieu à un remboursement par la sécurité sociale. Le BMF est établi pour chaque hôpital dans les limites du budget global de l'État fédéral. Le budget fédéral disponible est réparti entre tous les hôpitaux et ne couvre pas nécessairement tous leurs coûts admissibles. Depuis 2002, le budget pour chaque hôpital est déterminé principalement en tenant compte du nombre de jours durant lesquels des soins ont été dispensés lors de l'année précédente. Ce montant spécifique est alors versé à chacun des hôpitaux de deux façons différentes. Plus précisément,

⁴⁶ On notera que pour certains des hôpitaux IRIS, ce principe a été inscrit à l'origine à l'article 44 ou 47. Quoi qu'il en soit, sur le fond, ce principe était déjà mentionné dans chaque cas dans les statuts originaux.

⁴⁷ Au moment de la création des hôpitaux IRIS, ce principe a été inscrit à l'article 44 des statuts avec le libellé suivant: «Le résultat d'exploitation est attribué entre les associés disposant d'au moins un cinquième des voix au sein de l'Assemblée générale, par délibération de l'Assemblée générale, au prorata de leur représentation en son sein.»

⁴⁸ En septembre 2013, la Mutualité chrétienne, une des mutuelles belges les plus importantes (les mutuelles sont des organismes privés, à but non lucratif, responsables du remboursement des frais médicaux pris en charge par la sécurité sociale) a publié un article selon lequel, en 2011, les recettes des hôpitaux belges se répartissaient en moyenne comme suit entre ces trois sources de financement: 1) BMF: 49 %, 2) INAMI: 42 %, et 3) patients (ou leurs assureurs privés): 9 %.

⁴⁹ Voir les articles 87 et suivants de la loi du 7 août 1987.

environ 85 % (la partie fixe) de ce montant sont versés aux hôpitaux mensuellement, tandis que les 15 % restants (la partie variable) sont versés sur la base des admissions réelles et des jours de soins dispensés dans l'hôpital au cours de l'année. À la fin de chaque année, le BMF est recalculé sur la base des chiffres réels de l'année et en fonction du résultat de ce calcul, l'hôpital perçoit ou doit rembourser un certain montant. Le BMF est régi plus en détail par l'arrêté royal du 25 avril 2002, qui définit les conditions et les règles applicables à la fixation du BMF octroyé aux hôpitaux. En particulier, l'arrêté royal détermine les modalités de fixation du BMF, les types de coûts susceptibles d'être couverts par l'État et les critères qu'il convient d'appliquer à cet égard⁵⁰. On notera que le BMF n'a pas été établi en vue de couvrir les coûts réels encourus par chaque hôpital, mais qu'il est au contraire fixé sous la forme d'un financement forfaitaire basé sur les coûts réels historiques de ces hôpitaux. De ce fait, il se peut que le BMF soit insuffisant en cas d'augmentation significative des coûts ou d'autres évolutions dans l'organisation et la structure de coûts d'un hôpital.

- (b) La deuxième source de financement provient des montants reçus au titre de la sécurité sociale, c'est-à-dire versés par l'Institut national d'assurance maladie-invalidité (ci-après l'«INAMI») aux hôpitaux pour les soins qu'ils dispensent à leurs patients. Ce financement se fonde sur la loi Assurance Maladie-Invalidité⁵¹, ou sa version consolidée fixée dans la loi du 14 juillet 1994⁵², qui définit le régime belge de sécurité sociale en matière de maladie et d'invalidité et qui précise les services médicaux et les médicaments susceptibles de bénéficier d'une compensation par la sécurité sociale. Les hôpitaux facturent directement à l'INAMI une partie des honoraires des médecins et des frais correspondant aux médicaments fournis aux patients. Les montants versés par l'INAMI ne couvrent toutefois pas la totalité des frais supportés par les hôpitaux dans la fourniture de leurs prestations hospitalières. De ce fait, les hôpitaux qui ne disposent pas d'autres sources de financement suffisantes risquent de devenir déficitaires.
- (c) La troisième source de financement se compose des paiements effectués directement aux hôpitaux par les patients ou leur organisme d'assurance-maladie privé. Ces paiements sont nécessaires parce que la sécurité sociale ne couvre pas la totalité des honoraires des médecins ni le prix des médicaments et autres fournitures (implants, par exemple). En outre, lorsque les patients choisissent une chambre individuelle, des suppléments peuvent être facturés en plus du prix normal de l'hospitalisation et des honoraires normaux des médecins (les tarifs standard facturés pour chaque traitement sont majorés). Enfin, les patients peuvent aussi se voir facturer des suppléments pour l'utilisation de certains services complémentaires (par exemple, la location d'un téléviseur, l'utilisation du parking de l'hôpital, etc.).

Tous les paiements effectués par les patients ou des tiers qui sont destinés à rémunérer les prestations des médecins hospitaliers se rapportant aux patients hospitalisés, doivent être perçus de façon centralisée par l'hôpital⁵³. Les

⁵⁰ Voir les articles 24 à 87 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 (Moniteur belge du 5 juillet 2002, p. 30290).

⁵¹ Voir la loi du 9 août 1963, telle que modifiée (Moniteur belge du 1^{er} novembre 1963, p. 10555).

⁵² Moniteur belge du 27 août 1994, p. 21524.

⁵³ Voir les articles 133 à 135 de la loi du 7 août 1987.

hôpitaux et leurs médecins concluent des accords qui déterminent le pourcentage des retenues que les hôpitaux peuvent appliquer pour couvrir les frais de perception des honoraires et les autres frais qui ne sont pas financés par le BMF⁵⁴. De la même manière que pour les honoraires normaux des médecins, les hôpitaux peuvent appliquer des retenues sur une partie des suppléments mentionnés ci-dessus afin de couvrir une partie de leurs frais (à nouveau conformément à l'accord conclu entre l'hôpital et ses médecins). Une partie des honoraires des médecins ne sert donc pas à rémunérer ces derniers, mais à couvrir les frais d'exploitation des hôpitaux.

- (d) La quatrième source de financement est spécifiquement destinée à couvrir les frais d'investissement supportés par les hôpitaux. Les investissements des hôpitaux sont principalement financés par l'État (le gouvernement fédéral et la région concernée paient chacun une partie) et la partie restante est financée par les fonds propres des hôpitaux combinés à des prêts bancaires. Le financement accordé par les pouvoirs publics est destiné à couvrir les frais de construction et de reconditionnement d'un hôpital ou d'un service, ainsi que les frais de premier équipement et de première acquisition d'appareils médicaux⁵⁵. Les subventions à l'investissement sont plafonnées (par exemple, à un montant forfaitaire par mètre carré ou par unité).
 - (e) La cinquième et dernière source de financement public est liée aux investissements et concerne les frais d'étude et d'élaboration de projets de construction, mais aussi les frais de fermeture ou de non-exploitation d'un hôpital ou d'un service hospitalier⁵⁶. Dans la pratique, ce type de financement n'est pas très fréquent.
- (47) L'article 109 de la LCH (devenu l'article 125 de la LCH dans sa version du 10 juillet 2008⁵⁷) prévoit un mécanisme de financement complémentaire dont seuls peuvent bénéficier les hôpitaux publics (tels que les hôpitaux IRIS). En vertu de cette disposition, les déficits des hôpitaux publics découlant de leurs activités hospitalières doivent être couverts par les communes qui les contrôlent (par l'intermédiaire de leur CPAS ou d'une structure centrale telle que l'IRIS). Le principe de la couverture (partielle) des déficits par les communes était déjà inclus dans la loi qui a précédé la LCH, à savoir la loi du 23 décembre 1963⁵⁸, et a été confirmé par l'article 34 de la loi du 28 décembre 1973⁵⁹. Les critères à prendre en compte pour la fixation des déficits que les communes sont tenues de couvrir sont définis par arrêté royal⁶⁰. Sur cette base, le ministre fédéral en charge de la santé publique détermine chaque année le montant des déficits pour chaque hôpital public. Dans la pratique, le déficit qui

⁵⁴ Voir l'article 140 de la loi du 7 août 1987.

⁵⁵ Voir les articles 46 et suivants de la loi du 7 août 1987.

⁵⁶ Voir l'article 47 de la loi du 7 août 1987.

⁵⁷ Afin de faciliter les références, la présente décision se réfère simplement à l'article 109 de la LCH, étant entendu que cette référence concerne l'article 125 de la LCH à partir de l'entrée en vigueur de la loi du 10 juillet 2008.

⁵⁸ Moniteur belge du 1^{er} janvier 1964, p. 2. Cette loi exigeait que 10 % du déficit soient couverts par la commune dans laquelle l'hôpital était situé et que les 90 % restants le soient par les communes belges de résidence des patients.

⁵⁹ Moniteur belge du 29 décembre 1973, p. 15027.

⁶⁰ Ils l'ont été initialement dans l'arrêté royal du 8 décembre 1986 (Moniteur belge du 12 décembre 1986, p. 17023), modifié par l'arrêté royal du 10 novembre 1989 et remplacé ensuite par l'arrêté royal du 8 mars 2006 (Moniteur belge du 12 avril 2006, p. 20232).

doit être couvert tel que déterminé par le ministre n'est pas exactement équivalent au déficit constaté dans les comptes de gestion de l'hôpital, étant donné que certains éléments de coûts [par exemple, le résultat des activités non hospitalières qui, comme expliqué au considérant (155)⁶¹, sont purement connexes par rapport aux activités hospitalières dans le cas des hôpitaux IRIS] contenus dans ces derniers sont exclus du déficit couvert par l'article 109 de la LCH.

- (48) En conclusion, les hôpitaux IRIS bénéficient donc d'un mécanisme de financement complet garantissant la couverture de tout déficit qu'ils sont susceptibles de générer. Les cinq mesures générales de financement prévues par la LCH [voir le considérant (46)] couvrent la majorité des coûts d'exploitation et d'investissement des hôpitaux. Dans la mesure où ces sources ne suffisent pas à couvrir les coûts liés aux activités de ces hôpitaux, l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS oblige les communes à couvrir intégralement tout déficit généré par les hôpitaux IRIS [voir les considérants (44)-(45)]. Le déficit comptable couvert par l'article 46 des statuts inclut obligatoirement le «déficit couvert par l'article 109 de la LCH»⁶² [voir le considérant (47)]. En couvrant entièrement le déficit comptable, les communes satisfont aussi à leur obligation au titre de l'article 109 de la LCH. Les modalités de paiement de ce mécanisme de compensation des déficits seront décrites ci-dessous (voir la section 7.3.5).

2.5.2. *Obligations de comptabilité*

- (49) Tous les hôpitaux (tant publics que privés) sont soumis à des obligations en matière de comptabilité et de transparence. En particulier, chaque hôpital doit tenir une comptabilité distincte qui fait apparaître le prix de revient de chaque service et qui respecte certains éléments de la loi du 17 juillet 1975⁶³ relative à la comptabilité et aux comptes annuels des entreprises⁶⁴. Les activités non hospitalières doivent être enregistrées dans des comptes séparés. Les hôpitaux sont également tenus de désigner un réviseur d'entreprise ayant pour tâche de certifier leur comptabilité et leurs comptes annuels⁶⁵. Enfin, les hôpitaux sont tenus de communiquer certaines informations (financières) au ministre fédéral en charge de la santé publique⁶⁶ et son service public fédéral de la santé publique est également chargé de contrôler le respect des dispositions de la LCH⁶⁷.

3. DESCRIPTION DES MESURES VISEES PAR LA PLAINTÉ

- (50) Selon les plaignants, la Région de Bruxelles-Capitale a choisi *de facto* d'assumer le rôle des communes bruxelloises concernées pour ce qui concerne la compensation des déficits des hôpitaux IRIS. En particulier, les plaignants mentionnent spécifiquement les interventions du Fonds régional bruxellois de refinancement des trésoreries communales (ci-après le «FRBRTC») créé par la Région de Bruxelles-

⁶¹ Les autres éléments exclus du déficit couvert par l'article 109 de la LCH sont, notamment, l'estimation des paiements rectificatifs dans le contexte du BMF, certaines réserves et certains types d'amortissement.

⁶² En effet, le déficit visé à l'article 109 de la LCH est calculé en partant du déficit comptable et en excluant certains éléments.

⁶³ Moniteur belge du 4 septembre 1975, p. 10847.

⁶⁴ Voir les articles 77 et 78 de la loi du 7 août 1987.

⁶⁵ Voir les articles 80 à 85 de la loi du 7 août 1987.

⁶⁶ Voir les articles 86 à 86 *ter* de la loi du 7 août 1987.

⁶⁷ Voir l'article 115 de la loi du 7 août 1987.

Capitale⁶⁸. Ils avancent, en outre, que la Région de Bruxelles-Capitale elle-même aurait aussi octroyé aux communes des subventions spéciales⁶⁹ (jusqu'à 10 millions d'euros par an depuis 2003) qui, selon eux, auraient été versées aux hôpitaux IRIS en tant qu'aide.

- (51) Si les plaignants ne remettent pas en cause la compétence de la Région de Bruxelles-Capitale à l'égard de ces communes, les plaignants considèrent toutefois que ce qu'ils qualifient de financement régional des hôpitaux IRIS va au-delà de ce que prévoit la couverture des déficits telle qu'établie par l'article 109 de la LCH [voir également le considérant (47)]. Les plaignants affirment que les hôpitaux IRIS ont largement bénéficié des financements régionaux accordés aux communes dans lesquelles ils sont situés, et que ces financements ne peuvent être justifiés sur la base des dispositions de la LCH. Les plaignants n'évoquent pas l'obligation de couverture des déficits prévue à l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS.
- (52) Enfin, les plaignants font état de l'octroi d'environ 100 millions d'euros par l'intermédiaire du FRBRTC dans le contexte de la restructuration des hôpitaux publics bruxellois qui a abouti à la création des hôpitaux IRIS (voir aussi la section 2.2). Les plaignants affirment que cette opération a entraîné une surcompensation des hôpitaux IRIS.

4. MOTIFS JUSTIFIANT L'OUVERTURE DE LA PROCEDURE

4.1. La décision de la Commission de 2009

- (53) Comme rappelé ci-avant [voir le considérant (5)], le 28 octobre 2009, la Commission a adopté une décision de ne pas soulever d'objection⁷⁰ concluant que le financement public des hôpitaux IRIS dans la Région de Bruxelles-Capitale représentait une aide d'État compatible avec le marché intérieur en tant que compensation pour la fourniture de services d'intérêt économique général. La Commission a fondé cette décision sur la décision SIEG de 2005 ainsi que, de façon directe, sur l'article 86, paragraphe 2, du traité CE (actuel article 106, paragraphe 2, du TFUE).
- (54) Dans sa décision, la Commission a estimé que les hôpitaux IRIS étaient chargés de trois missions de service public hospitalières: tout d'abord, la mission hospitalière générale de tout hôpital (public ou privé) en vertu de la LCH⁷¹; deuxièmement, l'obligation de traiter tous les patients en toutes circonstances, y compris en dehors des situations d'urgence⁷²; et troisièmement, l'obligation de fournir des soins hospitaliers complets sur plusieurs sites⁷³. De plus, la Commission a conclu que les hôpitaux IRIS étaient chargés de la mission de service public non hospitalière consistant à fournir une assistance sociale en plus des soins médicaux⁷⁴. Enfin, la décision fait également référence à l'obligation de bilinguisme⁷⁵. Il a été estimé que ces missions avaient été confiées aux hôpitaux IRIS par la LCH, la loi CPAS, les plans stratégiques d'IRIS et enfin une convention signée par les hôpitaux IRIS et les

⁶⁸ Voir la note de bas de page 29.

⁶⁹ Ces subventions spéciales ont été accordées sur le fondement de l'ordonnance du 13 février 2003 (Moniteur belge du 5 mai 2003, p. 24098).

⁷⁰ Décision de la Commission dans l'affaire SA.19864 (ex NN 54/2009), JO C 74 du 24.3.2010, p. 1.

⁷¹ *Ibid.*, considérants 140-145.

⁷² *Ibid.*, considérants 146-150.

⁷³ *Ibid.*, considérants 146-150.

⁷⁴ *Ibid.*, considérants 151-155.

⁷⁵ *Ibid.*, considérant 156.

CPAS. La Commission a également estimé que les paramètres de compensation avaient été fixés *ex ante*⁷⁶ et que des procédures suffisantes étaient en place pour empêcher et corriger les surcompensations⁷⁷. Enfin, la Commission a également noté avec satisfaction que les hôpitaux IRIS tenaient des comptes séparés pour leurs activités hospitalières et non hospitalières⁷⁸, garantissant ainsi l'absence de subvention croisée d'activités commerciales (autres que des SIEG) des hôpitaux IRIS⁷⁹.

- (55) La Commission a également examiné si les hôpitaux IRIS avaient été surcompensés dans le passé (c'est-à-dire entre 1996 et 2007)⁸⁰ et conclu que tel n'avait pas été le cas⁸¹. Outre l'appréciation des mesures de financement dans leur ensemble, la Commission a également examiné un mécanisme d'avances allégué. Étant donné qu'il arrivait régulièrement que la compensation en vertu de l'article 109 de LCH ne soit versée qu'avec un retard important allant jusqu'à 10 ans, les hôpitaux IRIS auraient reçu une avance sur ces paiements en souffrance par l'intermédiaire du FRBRTC. La Commission a conclu que, dans la mesure où ces avances alléguées devaient de toute façon être remboursées après le paiement de la compensation du déficit conformément à l'article 109 de la LCH, elles ne pouvaient pas entraîner une surcompensation des hôpitaux IRIS⁸².

4.2. L'arrêt en annulation du Tribunal de 2012

- (56) En réponse à la décision de 2009 de la Commission, les plaignants ont intenté une action en annulation de cette décision devant le Tribunal⁸³. Les plaignants ont affirmé que la Commission avait enfreint leurs droits procéduraux en n'ouvrant pas de procédure formelle d'examen, dans la mesure où la Commission aurait dû constater l'existence de difficultés sérieuses dans le cadre de l'examen en cause⁸⁴.
- (57) Dans son arrêt du 7 novembre 2012 dans l'affaire T-137/10, le Tribunal a annulé la décision de 2009 de la Commission et conclu que la Commission était tenue d'ouvrir la procédure formelle d'examen⁸⁵.
- (58) Le Tribunal s'est d'abord penché sur la question de savoir si les hôpitaux IRIS avaient été chargés de missions de service public clairement définies⁸⁶. D'emblée, il a relevé que toutes les parties s'accordaient à considérer que la LCH chargeait tous les hôpitaux, publics et privés, d'une mission de service public hospitalière générale⁸⁷. Le seul doute portait donc sur le fait de savoir si la Commission avait fait erreur en concluant, dans son examen préliminaire, que les hôpitaux IRIS étaient chargés de missions de service public hospitalières et non hospitalières supplémentaires⁸⁸. Le Tribunal a conclu qu'il existait des doutes quant à la question de savoir si les dispositions sur lesquelles la Commission avait fondé sa décision

⁷⁶ *Ibid.*, considérants 175-181.

⁷⁷ *Ibid.*, considérants 182-193.

⁷⁸ *Ibid.*, considérants 204-205.

⁷⁹ *Ibid.*, considérant 206.

⁸⁰ *Ibid.*, considérant 198.

⁸¹ *Ibid.*, considérant 199.

⁸² *Ibid.*, considérant 201.

⁸³ Affaire T-137/10, CBI/Commission, ECLI:EU:T:2012:584.

⁸⁴ *Ibid.*, point 70.

⁸⁵ *Ibid.*, point 313.

⁸⁶ *Ibid.*, points 97-188.

⁸⁷ *Ibid.*, points 119-120.

⁸⁸ *Ibid.*, point 104.

étaient suffisantes pour charger les hôpitaux IRIS des missions supplémentaires consistant à traiter tout patient en toute circonstance⁸⁹, à dispenser des soins hospitaliers multisites⁹⁰ et à assurer des services sociaux supplémentaires⁹¹. De plus, en ce qui concerne la mission alléguée consistant à fournir des soins hospitaliers multisites, le Tribunal a fait observer qu'il était difficile de discerner en quoi cette mission différait des exigences générales de programmation et de fonctionnement applicables à tous les hôpitaux soumis à la LCH⁹².

- (59) Ensuite, le Tribunal s'est penché sur la question de savoir si la Commission avait démontré l'existence de paramètres de compensation clairs⁹³. En ce qui concerne les missions hospitalières, le Tribunal s'est penché sur le mécanisme de compensation des déficits fondé sur l'article 109 de la LCH⁹⁴, tout en relevant que les plaignants n'avaient pas contesté ce mécanisme⁹⁵, ainsi que sur le mécanisme présumé de financement régional par l'intermédiaire du FRBRTC, établi afin d'avancer temporairement les montants nécessaires pour combler les déficits des hôpitaux IRIS avant la prise d'effet de la couverture des déficits prévue à l'article 109 de la LCH⁹⁶. En ce qui concerne l'article 109, le Tribunal a jugé que les plaignants n'avaient pas avancé d'arguments ayant une incidence sur l'évaluation positive de cet article par la Commission⁹⁷. En revanche, en ce qui concerne les avances alléguées versées par l'intermédiaire du mécanisme du FRBRTC, le Tribunal a conclu que la Commission n'avait pas recensé de paramètres de calcul de ces avances⁹⁸ et n'avait donc pas procédé à un examen complet de ces avances⁹⁹. Le Tribunal a ajouté que la Commission avait contredit sa propre décision en affirmant, lors des audiences, que le FRBRTC était uniquement un mécanisme par lequel la Région de Bruxelles-Capitale finançait les communes bruxelloises, et non les hôpitaux IRIS¹⁰⁰.
- (60) En ce qui concerne le financement public en faveur de la mission sociale complémentaire alléguée des hôpitaux IRIS¹⁰¹, le Tribunal a relevé qu'ici aussi, ce financement provenait apparemment du FRBRTC, lequel avait conclu un accord avec les communes bruxelloises concernées pour leur accorder une subvention spéciale afin de leur permettre de financer les missions sociales assurées par les hôpitaux IRIS¹⁰². Le tribunal a conclu que cet accord ne précisait pas les paramètres de compensation préalables liés aux missions sociales complémentaires alléguées des hôpitaux IRIS¹⁰³.
- (61) Ensuite, le Tribunal s'est penché sur la question de savoir si la Commission avait démontré l'existence d'une procédure pour éviter les surcompensations et l'absence

⁸⁹ *Ibid.*, points 123-151.

⁹⁰ *Ibid.*, points 152-159.

⁹¹ *Ibid.*, points 174-188.

⁹² *Ibid.*, point 159.

⁹³ *Ibid.*, points 189-244.

⁹⁴ *Ibid.*, points 194 et 195-202.

⁹⁵ *Ibid.*, point 196.

⁹⁶ *Ibid.*, point 194.

⁹⁷ *Ibid.*, points 203-207.

⁹⁸ *Ibid.*, points 208-211.

⁹⁹ *Ibid.*, point 215.

¹⁰⁰ *Ibid.*, points 216-218.

¹⁰¹ *Ibid.*, points 231-244.

¹⁰² *Ibid.*, point 238.

¹⁰³ *Ibid.*, points 239-244.

de surcompensation¹⁰⁴. Le Tribunal a d'abord conclu que la LCH offrait des garanties suffisantes pour garantir que la procédure visée à son article 109 n'entraînait pas de surcompensation¹⁰⁵. Il a conclu également que la Commission n'avait pas démontré l'existence d'un mécanisme similaire concernant le paiement allégué d'avances par les communes¹⁰⁶ et relevé en particulier l'absence apparente d'obligation légale imposée aux hôpitaux IRIS de rembourser ces avances une fois qu'ils ont reçu le financement de leurs déficits au titre de l'article 109 de la LCH¹⁰⁷. En ce qui concerne les subventions spéciales dont la Commission affirme qu'elles financent la mission sociale complémentaire, le Tribunal a conclu que les appréciations portées par la Commission sur les modalités permettant d'éviter la surcompensation dans le cadre du financement des missions sociales étaient insuffisantes¹⁰⁸.

- (62) En ce qui concerne la question de savoir si les hôpitaux IRIS avaient bénéficié d'une surcompensation dans la pratique¹⁰⁹, le Tribunal a simplement remarqué que l'ampleur de l'analyse était très importante et couvrait l'ensemble des résultats financiers des hôpitaux IRIS sur une période de plus de dix ans¹¹⁰. Sans statuer spécifiquement sur la conclusion de la Commission selon laquelle il n'y avait pas eu de surcompensation, le Tribunal a jugé que l'ampleur et la complexité de l'appréciation effectuée par la Commission constituaient, en elles-mêmes, un indice venant à l'appui de la thèse des plaignants tiré de l'existence des difficultés sérieuses¹¹¹.
- (63) Enfin, les plaignants ont avancé l'argument selon lequel la Commission aurait dû tenir compte, dans ses appréciations, du critère d'efficacité économique du fournisseur de SIEG¹¹². Le Tribunal a toutefois rejeté cet argument et conclu:

*«le critère lié à l'efficacité économique d'une entreprise dans la fourniture du SIEG ne relève pas de l'appréciation de la compatibilité d'une aide d'État au regard de l'article 86, paragraphe 2, CE [actuel article 106, paragraphe 2, du TFUE], le choix portant sur l'efficacité économique de l'exploitant public effectué par les autorités nationales ne pouvant donc pas être critiqué sur ce point.»*¹¹³

- (64) Résumant ses conclusions, le Tribunal a affirmé ce qui suit:

«[Le plaignant] a fait valoir un ensemble d'indices concordants qui témoignent de l'existence de doutes sérieux quant à la compatibilité des mesures examinées au regard des critères relatifs à l'application de l'article 86, paragraphe 2, CE [actuel article 106, paragraphe 2, du TFUE], concernant, premièrement, l'existence d'un mandat clairement défini relatif aux missions de service public hospitalières et sociales, spécifiques aux hôpitaux IRIS, deuxièmement, l'existence des paramètres de compensation préalablement

¹⁰⁴ *Ibid.*, points 245-301.

¹⁰⁵ *Ibid.*, points 253-255.

¹⁰⁶ *Ibid.*, points 257-258 et point 265.

¹⁰⁷ *Ibid.*, points 259-264.

¹⁰⁸ *Ibid.*, points 266-278.

¹⁰⁹ *Ibid.*, points 279-288.

¹¹⁰ *Ibid.*, point 286.

¹¹¹ *Ibid.*, point 288.

¹¹² *Ibid.*, point 290.

¹¹³ *Ibid.*, point 300.

établis et, troisièmement, l'existence de modalités permettant d'éviter la surcompensation dans le cadre du financement de ces missions de service public [...].»¹¹⁴

4.3. La décision d'ouverture de la Commission du 1^{er} octobre 2014¹¹⁵

(65) À la lumière des conclusions du Tribunal¹¹⁶, selon lesquelles la Commission aurait dû éprouver des doutes quant à la compatibilité avec le marché intérieur du financement public litigieux des hôpitaux IRIS sur la base de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE, la Commission se devait d'ouvrir la procédure formelle d'examen, ce qu'elle a fait par décision du 1^{er} octobre 2014. Dans sa décision d'ouverture, la Commission a fait observer que selon les autorités belges, les communes et les CPAS concernés de Bruxelles avaient choisi d'imposer aux hôpitaux IRIS, mais pas aux hôpitaux privés, les obligations complémentaires suivantes¹¹⁷ justifiant les mesures de compensation des déficits mises en place en faveur des hôpitaux IRIS:

- (a) l'obligation de prise en charge de tout patient en toute circonstance: les hôpitaux IRIS ne peuvent pas refuser de prendre en charge les patients qui ne sont pas en mesure de payer leurs services et/ou qui ne sont pas assurés, même si ces patients ne nécessitent pas de soins médicaux urgents. Les hôpitaux privés ne seraient obligés de prendre en charge que les patients qui nécessitent des soins médicaux urgents, mais n'auraient pas cette obligation dans les cas non urgents;
- (b) l'obligation de fournir une offre complète de soins hospitaliers sur de multiples sites: les communes et les CPAS ont fait le choix délibéré de maintenir des sites hospitaliers multiples proposant une offre complète de soins, afin de garantir l'accessibilité des soins à tous les patients. L'alternative consistant à regrouper les lits et les services d'accompagnement sur un nombre plus restreint de sites et à réduire ainsi les coûts a été délibérément écartée. Ce choix est particulièrement pertinent pour les patients défavorisés et leurs familles, étant donné que les hôpitaux IRIS sont principalement situés à proximité ou dans des quartiers comptant une importante population défavorisée;
- (c) l'obligation de fournir des services sociaux aux patients et à leurs familles: les assistants sociaux fournissent une aide aux patients défavorisés et à leurs familles pour résoudre et gérer des difficultés administratives, financières, relationnelles et sociales. En outre, ils établissent des rapports sociaux préalables en vue de faciliter l'intervention financière du CPAS. Alors que tous les hôpitaux publics et privés sont tenus d'employer des assistants sociaux dans certains services hospitaliers (en gériatrie et en psychiatrie, par exemple), les autorités belges affirment que les hôpitaux IRIS ont une mission complémentaire spécifique qui se traduit par le recours à des services sociaux bien plus importants et qui entraîne des coûts plus élevés donnant lieu à compensation conformément à la LCH.

¹¹⁴ *Ibid.*, point 308.

¹¹⁵ JO C 437 du 5.12.2014, p. 10.

¹¹⁶ À ce sujet, voir l'arrêt dans l'affaire T-137/10, points 310 et 313.

¹¹⁷ La question de savoir si ces activités constituent bien des services d'intérêt économique général au sens de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE ou non, et si ces activités ont été confiées aux hôpitaux au moyen d'un acte de mandatement dûment établi sera appréciée ci-dessous (à la section 7.3.4).

- (66) Compte tenu des doutes exprimés par le Tribunal¹¹⁸, la Commission a invité les autorités belges, les plaignants et toute autre partie intéressée à communiquer toutes les informations pertinentes pour vérifier la compatibilité avec le marché intérieur du financement public litigieux, notamment en ce qui concerne les points suivants:
- la définition exacte des missions complémentaires alléguées des hôpitaux IRIS et les documents sur lesquels se fondent les mandats de ces missions [voir les considérants (87)-(89) de la décision d’ouverture];
 - la base juridique applicable à la compensation des déficits des hôpitaux IRIS (auxquels contribuent les coûts de chaque mission complémentaire alléguée) [voir le considérant (91) de la décision d’ouverture];
 - la question de savoir s’il existe ou non des mesures (suffisantes) pour éviter toute surcompensation des missions complémentaires alléguées, notamment par l’intermédiaire du mécanisme de compensation des déficits en combinaison avec les avances récupérables (le cas échéant), et si les hôpitaux IRIS ont ou non l’obligation légale de rembourser toute avance qu’ils ont pu recevoir pour éviter toute surcompensation [voir le considérant (95) de la décision d’ouverture];
 - lorsque les paiements de subventions spéciales d’un montant maximal de 10 millions d’euros par an [voir le considérant (50) ci-dessus] doivent être considérés comme une opération distincte de la compensation des déficits des hôpitaux IRIS, la question de savoir si des mesures suffisantes sont ou non en place pour garantir que la compensation n’excède pas ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts occasionnés par l’exécution des obligations de service public [voir le considérant (96) de la décision d’ouverture];
 - la question de savoir si une quelconque surcompensation a, dans les faits, été octroyée aux hôpitaux IRIS depuis qu’ils ont commencé à exercer leurs activités en tant que structures juridiques indépendantes [voir le considérant (97) de la décision d’ouverture];
 - toute argumentation utile, accompagnée de documents spécifiques et détaillés expliquant si, pourquoi et dans quelle mesure les mesures de financement public des hôpitaux IRIS relèvent du champ d’application de la décision SIEG de 2012 ou de l’encadrement SIEG de 2012 [voir le considérant (98) de la décision d’ouverture], ou de la décision SIEG de 2005 [voir le considérant (100) de la décision d’ouverture] et si, pourquoi et dans quelle mesure les critères établis dans ceux-ci sont remplis.
- (67) La Commission a également saisi l’occasion de l’adoption de la décision d’ouverture pour tenter d’obtenir des éclaircissements sur les points factuels supplémentaires suivants:
- la question de savoir si des fonds quelconques du FRBRTC [voir le considérant (50) ci-dessus], en l’occurrence les subventions spéciales, ont ou non été directement transférés aux hôpitaux IRIS, ou si le FRBRTC et les subventions spéciales constituent ou non de simples mécanismes de financement entre la région de Bruxelles-Capitale et les communes de Bruxelles [voir le considérant (17) de la décision d’ouverture];

¹¹⁸ À ce sujet, voir l’arrêt dans l’affaire T-137/10, points 308.

- la nature exacte de l’obligation prévue à l’article 60, paragraphe 6, de la loi CPAS [voir le considérant (19) ci-dessus], les possibilités de fermeture d’un hôpital public et la différence avec le mécanisme de programmation hospitalière [voir le considérant (26) de la décision d’ouverture];
- la question de savoir si les services sociaux complémentaires fournis par les hôpitaux IRIS présentent ou non un caractère économique [voir le considérant (48) de la décision d’ouverture];
- la question de savoir si le transfert des subventions spéciales (de la Région de Bruxelles-Capitale vers les communes) des communes vers les hôpitaux IRIS peut ou non être considéré comme une opération distincte du mécanisme de couverture des déficits [voir le considérant (92) de la décision d’ouverture] et, le cas échéant, la base juridique applicable qui en établit les modalités précises;
- la question de savoir s’il existe ou non un mécanisme d’avances, la base juridique de ce mécanisme et la manière dont ces paiements sont effectués (le cas échéant) et la question de savoir si ces avances sont ou non considérées comme une mesure d’aide distincte du mécanisme de couverture des déficits, ainsi que des précisions quant au financement éventuel de ces avances (le cas échéant) par le FRBRTC [voir le considérant (93) de la décision d’ouverture];
- d’autres éclaircissements sur la notion de pérennité [c’est-à-dire la continuité et la viabilité à long terme des hôpitaux publics, voir aussi le considérant (91) ci-dessous], sa base juridique (en particulier au niveau d’IRIS et des hôpitaux IRIS), ses implications et la manière dont la pérennité justifie les mécanismes de compensation des déficits dont bénéficient ces hôpitaux [voir les considérants (102) et (103) de la décision d’ouverture];
- la question de savoir s’il existe ou non des raisons autres que celles mentionnées explicitement dans la décision d’ouverture (à savoir l’existence de missions de SIEG complémentaires et la pérennité des hôpitaux publics) pouvant justifier un financement complémentaire des hôpitaux IRIS [voir le considérant (103) de la décision d’ouverture].

5. OBSERVATIONS PRESENTEES PAR LES PARTIES INTERESSEES

(68) La Commission a reçu des observations de quatre parties intéressées (CBI, ABISP, Zorgnet Vlaanderen et UNCPSY), résumées ci-dessous:

5.1. CBI

(69) En réponse à la décision d’ouverture, la CBI, plaignante, note que, selon elle, cette décision ne contient aucun élément ou argument nouveau ni aucune explication nouvelle permettant d’établir l’existence d’une mission spécifique confiée aux hôpitaux IRIS ou concernant les mécanismes de compensation pour cette mission alléguée ou les contrôles qui seraient mis en place à cet égard. La plaignante se réfère donc principalement aux arguments avancés dans ses observations antérieures.

(70) La CBI confirme sa position, selon laquelle: 1) les hôpitaux IRIS ne sont pas chargés de SIEG spécifiques venant s’ajouter aux missions imposées à tous les hôpitaux belges (publics ou privés) et 2) même si la Commission concluait à l’existence de missions complémentaires de ce type, ces missions ne sont pas définies suffisamment clairement pour répondre aux exigences de la législation de l’Union en la matière. La CBI fait également observer que la proposition de programme politique du nouveau

gouvernement bruxellois (publiée en juillet 2014) envisage de «réformer l'ordonnance du 13 février 2003 pour spécifier les missions d'intérêt communal qui justifient les subsides spécifiques aux communes». Les plaignantes estiment que ce libellé indique qu'il n'existe actuellement aucune mission de ce type, mais qu'elles seraient définies à l'avenir.

- (71) En ce qui concerne les exigences de l'article 60, paragraphe 6, de la loi CPAS, la CBI estime que celles-ci n'ajoutent rien à la LCH en termes de définitions de SIEG complémentaires ou spécifiques qui s'appliqueraient uniquement à des hôpitaux publics tels que les hôpitaux IRIS. La plaignante affirme également que la mission sociale complémentaire semble consister uniquement en un volume plus important de services sociaux que celui assuré par d'autres hôpitaux, qu'elle désigne comme «la mission sociale de base (commune aux hôpitaux publics et privés)». La CBI estime que cela ne suffit pas pour considérer que les hôpitaux IRIS ont une mission sociale complémentaire. De plus, en ce qui concerne la question de savoir si ces services ont un caractère économique, la CBI affirme que le seul fait que ces services sont assurés gratuitement ne les prive pas de leur caractère économique. Enfin, la CBI estime que les services sociaux complémentaires sont indissociables d'un vaste service de soins de santé, qui possède indubitablement un caractère économique intrinsèque, puisque cela n'a jamais été mis en doute.
- (72) Selon la CBI, la mission de soins universelle s'applique aussi bien aux hôpitaux privés qu'aux hôpitaux publics. Selon elle, il ne devrait y avoir aucune différence entre les hôpitaux publics et privés en ce qui concerne le traitement des «patients sociaux», que ce soit en situation d'urgence ou de «post-urgence». Dans ce contexte, la CBI se réfère à un jugement du Tribunal de première instance de Bruxelles¹¹⁹ concernant l'aide médicale urgente¹²⁰ aux étrangers en situation de séjour irrégulier en Belgique (ci-après les «migrants sans papiers») qui démontrerait que, dans ce contexte, cette aide peut être apportée aussi bien par des hôpitaux publics que privés. Le CBI ajoute que, selon une publication¹²¹ de 2004 des Mutualités Chrétiennes¹²², les hôpitaux privés prennent en charge plus de 60 % des «patients sociaux» dans la Région de Bruxelles-Capitale. La plaignante estime aussi qu'aucune mission supplémentaire n'est imposée par la loi CPAS, les plans stratégiques d'IRIS ni les conventions relatives au «domicile de secours»¹²³.

¹¹⁹ Voir le jugement du 25 janvier 2013 dans l'affaire RG 2010/15534/A, ASBL La Clinique Fond'Roy / [...] et les CPAS d'Uccle et d'Anderlecht.

¹²⁰ L'arrêté royal du 12 décembre 1996 relatif à l'aide médicale urgente précise que l'urgence est évaluée et attestée par un médecin ou un dentiste. L'urgence n'est pas définie par la loi mais appréciée par le professionnel de la santé consulté. L'aide médicale urgente peut donc englober tous les soins médicaux à caractère curatif et préventif, dispensés dans un hôpital ou de manière ambulatoire, ainsi que les prescriptions de médicaments. L'aide médicale urgente est donc différente des urgences mettant la vie en péril décrites au considérant (97).

¹²¹ MC-Information n° 211 (février 2004), p. 8-14.

¹²² Voir la note de bas de page 48 pour une description succincte de cette organisation.

¹²³ Les conventions relatives au «domicile de secours» ont été conclues entre les hôpitaux IRIS et 17 des 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale [voir aussi les considérants (187)-(188)]. Ces conventions fixent les modalités de remboursement des coûts de traitement par le CPAS pour les patients qui ne sont pas en mesure de payer leur traitement et qui ne possèdent pas d'assurance, moyennant le respect de certaines conditions. Ces conventions précisent, entre autres, que les hôpitaux IRIS doivent recueillir, dans la mesure du possible, les informations nécessaires pour les «enquêtes sociales» [voir aussi les considérants (210)-(211)].

- (73) En ce qui concerne la «mission multisites», la CBI estime que la teneur exacte de l'obligation d'offrir des soins hospitaliers «multisites» complets n'a toujours pas été expliquée, ni la mesure dans laquelle cette obligation impose des charges supplémentaires aux hôpitaux IRIS. En ce qui concerne la mission sociale complémentaire, la CBI est d'avis que l'article 57 de la loi CPAS n'impose pas d'obligations complémentaires aux hôpitaux IRIS et qu'elle ne les définit en tout cas pas de façon intelligible (pas plus que les plans stratégiques d'IRIS ni les conventions relatives au «domicile de secours»).
- (74) En ce qui concerne la question d'une définition claire des paramètres de compensation, la CBI fait observer que, selon les autorités belges, les hôpitaux IRIS accomplissent une mission spécifique distincte de celle des hôpitaux privés, et que cette mission spécifique n'est pas définie dans la LCH mais repose sur une autre base juridique. Selon la CBI, il est clairement exclu que la LCH puisse définir les paramètres de compensation relatifs à une ou plusieurs missions de service public qu'elle ne prévoit pas. En outre, la CBI fait observer qu'il n'existe aucune correspondance entre les bases juridiques alléguées pour les missions spécifiques en question et les mécanismes de compensation. La plaignante observe qu'apparemment, aucune distinction n'est opérée entre les déficits découlant des coûts des missions spécifiques alléguées et ceux découlant des coûts de la mission de base. Enfin, la CBI se réfère à une série d'avis rendus par l'Inspection belge des finances, qui concluent qu'il est impossible de contrôler l'utilisation des subventions spéciales accordées sur la base de l'ordonnance du 13 février 2003 parce que cette ordonnance ne précise pas les tâches d'intérêt communal pour lesquelles ces subventions sont accordées.
- (75) La CBI répète également ses affirmations formulées précédemment selon lesquelles aucune mesure n'est prise pour éviter la surcompensation. Elle ajoute qu'en l'absence d'une définition précise des missions spécifiques accomplies par les hôpitaux IRIS, il est impossible de déterminer quelles activités devraient faire l'objet ou non d'une compensation. De l'avis de la CBI, il est donc impossible de vérifier l'existence d'un mécanisme de contrôle permettant d'éviter les surcompensations.
- (76) Enfin, la CBI fait observer que, même si la pérennité des hôpitaux publics est évoquée dans l'accord de coopération du 19 mai 1994, ce document ne définit pas de mission de ce type et ne constitue pas un mandatement. En particulier, la CBI estime que cet accord n'indique en rien qu'une commune ou une ville est tenue de posséder un hôpital public sur son territoire, et qu'il ne fixe aucune règle relative à la programmation des services hospitaliers en Belgique nécessitant l'exploitation d'un service dans un hôpital public.

5.2. ABISP

- (77) L'Association bruxelloise des institutions de soins privées (ABISP), l'un des plaignants initiaux [voir le considérant (1)], note dans ses observations relatives à la décision d'ouverture que tous les hôpitaux belges, quels que soient leurs statuts ou leurs propriétaires, sont tenus par la loi d'accomplir une mission d'intérêt général. Dans ce contexte, l'ABISP se réfère à l'article 2 de la LCH¹²⁴. Enfin, l'ABISP rappelle qu'elle a retiré sa plainte.

¹²⁴ L'article 2 de la LCH est libellé comme suit: «Pour l'application de la présente loi coordonnée sont considérés comme hôpitaux, les établissements de soins de santé où des examens et/ou des traitements

5.3. Zorgnet Vlaanderen

(78) *Zorgnet Vlaanderen* représente plus de 500 prestataires de soins flamands (tels que des hôpitaux généraux, des établissements de soins psychiatriques et des maisons de retraite). Dans ses observations sur la décision d'ouverture, *Zorgnet Vlaanderen* souligne que tous les hôpitaux belges, qu'ils soient publics ou privés, sont soumis aux mêmes obligations de service public dans le cadre de la LCH. Elle observe en outre que la LCH ne définit pas de conditions concernant la forme juridique (organisme public ou privé) nécessaire pour qu'un établissement soit reconnu en tant qu'hôpital. Par ailleurs, *Zorgnet Vlaanderen* observe que la définition des obligations de service public des hôpitaux ne fait pas référence à une spécificité régionale. Enfin, elle affirme que les hôpitaux de Flandre et de la Région de Bruxelles-Capitale n'accomplissent pas une mission sociale différente.

5.4. UNCPSY

(79) L'Union nationale des cliniques psychiatriques privées (UNCPSY) est la fédération des cliniques psychiatriques privées de France. Dans ses observations relatives à la décision d'ouverture, l'UNCPSY affirme que, pour déterminer si le financement public ne dépasse pas le coût net du service public, ce coût net ne peut pas être illimité. En outre, cette appréciation doit selon elle tenir compte de la qualité de la gestion du prestataire de services. Dans ce contexte, l'UNCPSY est d'avis que la Commission devrait comparer les hôpitaux publics et privés afin de déterminer si l'aide est proportionnée au sens de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE.

(80) Dans ce contexte, la Commission remarque que les observations de l'UNCPSY sont contraires à la conclusion formulée par le Tribunal au point 300 de son arrêt du 7 novembre 2012 (T-137/10), selon laquelle l'efficacité économique d'une entreprise dans la fourniture du SIEG ne relève pas de l'appréciation, au titre de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE, de la compatibilité du financement public reçu par l'entreprise au regard des règles en matière d'aides d'État [voir à cet égard le considérant (63)].

6. OBSERVATIONS DU ROYAUME DE BELGIQUE

6.1. Observations de la Belgique sur la décision d'ouverture

(81) Dans leur réponse à la décision de la Commission du 1^{er} octobre 2014, et en particulier au considérant (17) de cette décision, les autorités belges observent que les interventions financières de la Région de Bruxelles-Capitale (c'est-à-dire les subventions spéciales d'un montant maximal de 10 millions d'euros par an) et du FRBRTC constituaient des transferts financiers accordés aux communes uniquement et non aux hôpitaux IRIS. De ce fait, les autorités belges estiment qu'il s'agit de transferts financiers entre autorités publiques ne relevant pas de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE. Selon les autorités belges, ni la Région de Bruxelles-Capitale ni le FRBRTC n'ont accordé une aide aux hôpitaux IRIS. Elles considèrent que ces transferts ont eu lieu dans le cadre des compétences de la Région en matière

spécifiques de médecine spécialisée, relevant de la médecine, de la chirurgie et éventuellement de l'obstétrique, peuvent être effectués ou appliqués à tout moment dans un contexte pluridisciplinaire, dans les conditions de soins et le cadre médical, médico-technique, paramédical et logistique requis et appropriés, pour ou à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.»

de financement général des communes, qui permettent à ces dernières d'accomplir leurs missions d'intérêt général, et notamment les missions du CPAS. Dans ce contexte, les références des plaignants aux avis de l'Inspection des finances concernent uniquement la Région de Bruxelles-Capitale et les communes, mais pas les hôpitaux IRIS. Enfin, les autorités belges affirment que, sur la base de la loi spéciale du 8 août 1980 relative aux réformes institutionnelles et de l'avis du Conseil d'État belge¹²⁵, la Région de Bruxelles-Capitale peut financer uniquement les communes et non les hôpitaux IRIS, puisque le financement de missions hospitalières spécifiques ne relève pas des compétences de la Région.

- (82) En ce qui concerne les doutes exprimés au considérant (26) de la décision d'ouverture, les autorités belges clarifient la différence entre l'exigence de l'article 60, paragraphe 6, de la loi CPAS, d'une part, et les possibilités de fermeture d'un hôpital public avec le mécanisme de programmation hospitalière, d'autre part. Selon elles, l'article 60, paragraphe 6, de la loi CPAS¹²⁶ fixe les conditions à respecter pour permettre à un CPAS de fonder un hôpital. Un CPAS doit notamment analyser si un tel hôpital est réellement nécessaire compte tenu des besoins de la région, et notamment des besoins médico-sociaux, et de la présence d'infrastructures similaires. Les autorités belges soulignent également que le mécanisme de programmation hospitalière consiste en la détermination, par le gouvernement fédéral, du nombre maximal de lits d'hôpitaux par Région. Le gouvernement fédéral fonde sa décision exclusivement sur les besoins hospitaliers recensés sans tenir compte du niveau des besoins sociaux dans chaque région¹²⁷. Les autorités belges expliquent que pour la Région de Bruxelles-Capitale, le nombre maximal de lits d'hôpitaux est déterminé pour l'ensemble de la Région et non de manière individuelle pour chacune des 19 communes. À l'opposé, chacun des 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale décide de manière autonome d'établir ou non un hôpital sur sa commune en fonction des besoins locaux.
- (83) Les autorités belges ont également expliqué que la fermeture d'un hôpital public ou son transfert vers un partenaire du secteur privé ne sont pas régis de manière formelle ou spécifique par la LCH ou la loi CPAS¹²⁸. Toutefois, selon les autorités belges, la jurisprudence du Conseil d'État belge a clarifié les modalités et conditions de fermeture et/ou de transfert d'établissements créés par un CPAS. Dans son arrêt n° 113.428 du 9 décembre 2002, le Conseil d'État a ordonné l'annulation du transfert d'une maison de convalescence appartenant à un CPAS vers un opérateur privé. Il a jugé en particulier qu'il fallait également évaluer la nécessité de fournir des services médico-sociaux avant de prendre la décision de fermer ou de transférer un établissement. Cette évaluation doit prendre dûment en considération l'évaluation effectuée lors de la création de l'établissement ainsi que tous les changements

¹²⁵ Avis de la section de législation du Conseil d'État sur le projet préliminaire d'ordonnance du 13 février 2003 sur l'octroi de subventions spéciales aux communes de la Région de Bruxelles-Capitale.

¹²⁶ Voir le considérant (19) pour le libellé exact de cet article.

¹²⁷ Le gouvernement fédéral adopte le plan en matière de lits d'hôpitaux («programmation hospitalière») sur la base de différents indices (médicaux, chirurgicaux, gériatriques, de maternité, pédiatriques, de réadaptation, de psychiatrie, de néonatalogie, etc.) au vu de la population totale de Bruxelles, de la Région flamande et de la Région wallonne et de l'ensemble du Royaume, sur la base d'une proposition émise par le Conseil national des établissements hospitaliers.

¹²⁸ Plus précisément, les autorités belges notent que, tout au plus, la LCH fixe des modalités de compensation du déficit dans le cas où un hôpital public est transféré à un propriétaire privé, tandis que la loi CPAS énonce uniquement des principes généraux pour l'ouverture et la gestion d'établissements créés par le CPAS.

survenus depuis la décision de créer l'établissement. En outre, les autorités belges notent que cette évaluation ne peut pas être basée exclusivement sur la situation financière de l'établissement ni sur les coûts supportés pour sa maintenance. Sur cette base, les autorités belges concluent qu'un CPAS ne peut pas fermer son hôpital sans avoir au préalable déterminé que les besoins médicaux et sociaux pour lesquels l'hôpital avait été créé n'existent plus.

- (84) Selon les autorités belges, la création d'un hôpital public nécessite de respecter à la fois les obligations de l'article 60, paragraphe 6, de la loi CPAS et la programmation hospitalière des pouvoirs publics, tandis que dans les cas des hôpitaux privés, seule la programmation est pertinente. En vertu de l'article 60, paragraphe 6, de la loi CPAS, l'ouverture d'un nouvel hôpital public doit être justifiée par l'existence d'un réel besoin. De plus, les autorités belges expliquent que si un hôpital public est ouvert avec une capacité égale au nombre de lits prévu par la programmation hospitalière, il ne reste plus de place pour un autre hôpital (public ou privé) dans cette zone dans le cadre de ce programme, auquel cas il n'existe aucun autre moyen de répondre aux besoins de la population. Les autorités belges observent que si, à un moment donné, un CPAS souhaite fermer son hôpital public, il doit tout d'abord s'assurer que cet hôpital n'est plus nécessaire à la lumière de la jurisprudence du Conseil d'État. Contrairement à un CPAS, un opérateur privé qui décide de fermer son hôpital n'est pas tenu par la loi de s'assurer que la population continue de bénéficier de soins de santé. Selon les autorités belges, un hôpital privé reste ouvert uniquement de par sa propre décision, une décision qui peut changer à tout moment. À titre d'exemple, les autorités belges citent la fermeture soudaine de l'Hôpital français, un hôpital privé de Berchem-Sainte-Agathe (Bruxelles), en 2008¹²⁹. Pour conclure, les autorités belges expliquent que le mécanisme de programmation hospitalière limite tout autant la liberté des opérateurs publics et privés de créer un hôpital (la création d'un hôpital n'étant possible que si le nombre maximal de lits dans une zone n'est pas encore atteint). Selon elles cependant, les obligations qui découlent de la loi CPAS imposent des contraintes supplémentaires aux CPAS en matière d'ouverture et de fermeture d'un hôpital public, tandis que les hôpitaux privés peuvent fermer à tout moment.
- (85) En ce qui concerne les obligations qui ne s'appliqueraient prétendument qu'aux hôpitaux IRIS [voir les considérants (87) à (89) de la décision d'ouverture], les autorités belges font valoir que ces obligations sont la conséquence directe du fait que les hôpitaux IRIS ont été créés afin de contribuer à la fourniture d'une aide sociale par le CPAS (voir la section 2.2). Les autorités belges estiment que ces obligations découlent de la loi CPAS, en vertu de laquelle les hôpitaux IRIS ont été créés, et qu'elles sont imposées aux hôpitaux IRIS par les statuts de ceux-ci et par les plans stratégiques de l'IRIS. Les autorités belges se réfèrent également à ces documents pour la définition exacte de ces obligations. Par souci de concision et afin d'éviter les répétitions, la Commission citera uniquement les passages pertinents dans son appréciation (voir la section 7.3.4.1).
- (86) Dans sa décision d'ouverture [voir le considérant (48)], la Commission a exprimé des doutes quant au caractère économique ou non économique des services sociaux

¹²⁹ Les autorités belges notent que, alors qu'un acheteur était recherché, l'Hôpital français a fermé soudainement ses portes aux admissions le 9 mai 2008. Elles expliquent que cet hôpital avait précédemment fermé son département pédiatrique et sa maternité. Selon les autorités belges, les patients de ces services ont été transférés vers d'autres hôpitaux de la région bruxelloise tout au long de cette journée.

complémentaires fournis par les hôpitaux IRIS. Dans leur réponse à la décision d'ouverture, les autorités belges estiment que ces services sociaux n'ont pas de caractère économique. Elles affirment essentiellement que l'assistance sociale apportée par les CPAS bruxellois sous la forme d'une aide matérielle, sociale, médicale, médico-sociale et psychologique ne s'inscrit pas dans un marché concurrentiel, et que cela reste le cas même si une partie de l'assistance sociale (à savoir les services sociaux complémentaires) est assurée par les hôpitaux IRIS sur la base d'un mandatement.

- (87) En ce qui concerne la base juridique pour la compensation des déficits [voir le point (91) de la décision d'ouverture], les autorités belges estiment que l'obligation faite aux communes de couvrir le déficit de leurs hôpitaux publics est prévue à l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS ainsi qu'à l'article 109 de la LCH. Elles expliquent que l'article 109 de la LCH énonce un principe général applicable à tous les hôpitaux publics belges et qui détermine l'obligation minimale imposée aux communes [puisque celles-ci sont tenues de couvrir uniquement une partie du déficit, voir aussi le considérant (47)]. Les autorités belges notent également que l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS définit une obligation spécifique qui s'applique uniquement aux six communes ayant établi des hôpitaux IRIS et qui ont décidé d'aller au-delà du minimum imposé par l'article 109 de la LCH en couvrant la totalité du déficit comptable des hôpitaux IRIS.
- (88) Au considérant (92) de sa décision d'ouverture, la Commission a posé la question de savoir si le transfert des subventions spéciales (que la Région de Bruxelles-Capitale octroie aux communes) des communes vers les hôpitaux IRIS peut ou non être considéré comme une opération distincte du mécanisme de couverture des déficits. Dans leur réponse, les autorités belges affirment que les communes bruxelloises utilisent uniquement les subventions spéciales pour répondre (en partie) à leur obligation de couvrir les déficits des hôpitaux IRIS. Ainsi qu'il est expliqué plus en détail ci-dessous (voir la section 7.3.5), la compensation des déficits est versée en plusieurs étapes, parmi lesquelles le transfert des subventions spéciales de la commune à l'hôpital IRIS, mais tous ces paiements sont effectués sur la même base, à savoir l'obligation faite aux communes de couvrir le déficit.
- (89) La Commission a également demandé des éclaircissements concernant un mécanisme allégué de paiements d'avances (le cas échéant), la base juridique de ce mécanisme et son mode de fonctionnement, la différence par rapport au mécanisme de couverture des déficits et le rôle joué par le FRBRTC dans son financement [voir le considérant (93) de la décision d'ouverture]. Les autorités belges estiment qu'il n'existe aucun mécanisme de paiement d'avances. Plus précisément, elles expliquent que l'obligation de couvrir le déficit des hôpitaux IRIS prend effet dès l'apparition du déficit. En effet, selon les autorités belges, l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS fait référence au déficit comptable, lequel est indiqué dans les états financiers des hôpitaux au plus tard six mois après la fin de l'exercice financier. En revanche, le calcul du déficit relevant de l'article 109 de la LCH par le service public fédéral de la santé publique prend nettement plus longtemps (jusqu'à 10 ans). Toutefois, les autorités belges affirment que, puisque le déficit relevant de l'article 109 de la LCH est simplement une partie du déficit comptable couvert immédiatement en vertu de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS, ces derniers ne reçoivent pas d'avances susceptibles d'être considérées comme des aides distinctes du mécanisme de couverture des déficits. Enfin, les autorités belges répètent que le FRBRTC a fourni aux communes un financement qui a aidé celles-ci à respecter leur obligation de

couverture des déficits qui, ainsi qu'il a été expliqué ci-dessus, ne constitue pas un mécanisme de paiement d'avances.

- (90) En ce qui concerne les mesures visant à éviter la surcompensation et l'absence effective de surcompensation [voir les points (95)-(97) de la décision d'ouverture], les autorités belges avancent les arguments suivants. Elles expliquent tout d'abord que les décisions de compenser le déficit sont prises annuellement une fois que le déficit estimé pour l'exercice concerné est connu, de sorte qu'il n'existe aucun risque de surcompensation. Elles ajoutent que le cadre juridique belge (notamment la loi du 14 novembre 1983 et la loi CPAS) permet aux communes de s'assurer que les hôpitaux IRIS utilisent l'aide d'État correctement, et de récupérer cette aide en cas de non-respect des conditions ou de surcompensation. De plus, afin de démontrer l'absence de surcompensation, les autorités belges se réfèrent à différents tableaux soumis à la Commission et qui indiquent le déficit et les interventions des communes pour chacun des cinq hôpitaux IRIS pour la période 1996-2014 (voir aussi la section 7.3.5 pour ces chiffres).
- (91) Comme demandé, les autorités belges fournissent également dans leur réponse des éclaircissements supplémentaires sur la notion de «pérennité» [voir les considérants (102)-(103) de la décision d'ouverture]. Selon elles, l'obligation de garantir la pérennité des hôpitaux IRIS se fonde directement sur la loi CPAS. Ainsi qu'il a été expliqué ci-dessus (voir la section 2.1), chaque CPAS peut créer des établissements chargés de fournir l'aide sociale, y compris une assistance médicale et médico-sociale, s'il peut démontrer que cette démarche est nécessaire pour répondre à un besoin réel conformément à l'article 60, paragraphe 6, de la loi CPAS. Elles expliquent que, par le passé, six des 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale ont créé des hôpitaux (ne jouissant pas d'une personnalité juridique distincte) afin de fournir une aide sociale, et qu'ils ont géré ces hôpitaux eux-mêmes jusque fin 1995. Selon elles, la restructuration de ces hôpitaux publics ayant abouti à la création des hôpitaux publics IRIS, qui sont devenus juridiquement indépendants des CPAS le 1^{er} janvier 1996 (voir aussi la section 2.2), n'a modifié en rien l'obligation faite aux CPAS de fournir une aide sociale, soit directement, soit par l'intermédiaire des hôpitaux IRIS. Dans ce contexte, les autorités belges font observer que l'objectif premier de la restructuration et de la création du réseau IRIS et des hôpitaux IRIS était de garantir la continuité des services hospitaliers publics en Région de Bruxelles-Capitale [voir aussi le considérant (27)]. Elles observent donc que, pour assurer la pérennité des hôpitaux IRIS et garantir ainsi la satisfaction des besoins sociaux de la population, les communes et les CPAS sont tenus d'absorber tout déficit de ces hôpitaux sur la base de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS. Les autorités belges concluent en outre qu'aussi longtemps que ce besoin réel existe, conformément à la jurisprudence du Conseil d'État [voir le considérant (83)], les pouvoirs publics ne peuvent pas fermer les hôpitaux IRIS ni les céder à un propriétaire du secteur privé.
- (92) Enfin, au considérant (103) de la décision d'ouverture, la Commission demande s'il existe d'autres raisons qui pourraient justifier le financement complémentaire des hôpitaux IRIS. À cet égard, les autorités belges notent que les hôpitaux IRIS n'ont pas pour seul objectif de créer des services, missions et programmes hospitaliers «viables», comme pourraient le faire les hôpitaux privés belges. Au contraire, selon les autorités belges, les hôpitaux IRIS doivent garantir un éventail aussi large que possible de soins de santé, en particulier afin de garantir l'accès de chacun, et notamment des membres les plus démunis de la société, à tout traitement requis par

leur pathologie, même si ce traitement dépasse de loin les normes de planification et d'approbation applicables à tous les hôpitaux en vertu de la LCH. Dans ce contexte, les autorités belges se réfèrent également au point 162 de l'arrêt du Tribunal du 7 novembre 2012, selon lequel «*la compensation des déficits des hôpitaux publics peut s'avérer nécessaire pour des raisons d'ordres sanitaire et social en vue d'assurer la continuité et la viabilité du système hospitalier*». Les autorités belges font également observer que le statut d'un hôpital public entraîne certains coûts qui ne sont pas entièrement compensés par les mesures fédérales de financement. Elles notent que ces coûts incluent, entre autres, le paiement de primes de compétences linguistiques aux membres bilingues du personnel, des frais de pension et de couverture-maladie plus élevés pour les employés statutaires (fonctionnaires) et des augmentations barémiques imposées (mais payées uniquement en partie) par la Région de Bruxelles-Capitale.

6.2. Observations de la Belgique sur les observations des tiers

- (93) Les autorités belges commencent par relever que les observations formulées par la CBI, l'ABISP et *Zorgnet Vlaanderen* sur la décision d'ouverture de la Commission se fondent sur le même argument, à savoir que, selon ces organisations, les hôpitaux IRIS ne sont pas chargés de SIEG complémentaires en sus des SIEG imposés à tout hôpital (public ou privé) en Belgique. Selon elles, cette affirmation repose sur le même fondement, à savoir que la LCH impose aux hôpitaux privés et publics la même obligation de service public, indépendamment de toute considération régionale. Toutefois, selon les autorités belges, les parties intervenantes n'expliquent pas en quoi la loi CPAS ne s'appliquerait pas aux hôpitaux IRIS alors que, selon la Belgique, cette loi est la base juridique même de l'existence des hôpitaux IRIS. Les autorités belges font remarquer que l'article 147 de la LCH admet explicitement que, pour les hôpitaux gérés par un CPAS (comme les hôpitaux IRIS¹³⁰), la LCH complète la loi CPAS, ce qui confirme que la LCH n'est pas la seule base juridique pertinente applicable aux hôpitaux gérés par un CPAS.
- (94) Les autorités belges jugent incorrecte l'affirmation de la CBI selon laquelle l'intention annoncée par le gouvernement bruxellois de reformuler l'ordonnance du 13 février 2003 de manière à préciser les missions d'intérêt général justifiant le versement de subventions spéciales aux communes [voir le considérant (70)] indiquerait qu'il n'existe actuellement aucune mission spécifique (applicable uniquement aux hôpitaux IRIS). Les autorités belges relèvent en particulier que les subventions spéciales prévues par cette ordonnance sont accordées uniquement aux communes, et non aux hôpitaux IRIS. La Belgique confirme en outre que les interventions du FRBRTC et de la Région de Bruxelles-Capitale elle-même (pour un montant maximal de 10 millions d'euros par an¹³¹) pour soutenir les communes constituent des transferts financiers entre autorités publiques ne relevant pas du champ d'application de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE. Les autorités belges répètent qu'aucun de ces montants n'a été octroyé par la Région ni par le FRBRTC aux hôpitaux IRIS. À l'inverse, selon la Belgique, il s'agit simplement de transferts entre la Région et les communes relevant des compétences de financement général des communes par la Région. Ce financement global est conçu pour permettre aux

¹³⁰

Aux fins de la LCH, les hôpitaux IRIS sont réputés être gérés par un CPAS.

¹³¹

Le montant annuel dépend des moyens disponibles dans le budget de la Région de Bruxelles-Capitale et des demandes des communes concernées. Au cours de la période 2003-2014, la subvention spéciale a atteint le plafond de 10 millions d'euros tous les ans sauf en 2010 (9 millions) et en 2011 (9,5 millions).

communes d'accomplir leurs missions d'intérêt communal, qui incluent les missions des CPAS. Selon les autorités belges, la réforme annoncée de l'ordonnance du 13 février 2003 ne constitue en aucun cas une admission d'absence de SIEG supplémentaires confiés aux hôpitaux IRIS. Il incombe aux communes de préciser les SIEG confiés aux hôpitaux qu'elles fondent, et l'ordonnance en question n'est pas pertinente dans ce contexte puisqu'elle concerne uniquement le financement intra-étatique.

- (95) Les autorités belges réfutent également la description des missions sociales, inexacte selon elles, que la CBI présente dans ses observations. La CBI affirme notamment que la LCH définit une «mission sociale de base» commune aux hôpitaux publics et privés, mais que seuls les hôpitaux IRIS l'accompliraient de façon plus intensive. De ce point de vue, les missions sociales «complémentaires» des hôpitaux IRIS ne pourraient pas être séparées des services hospitaliers et feraient partie intégrante de ceux-ci. Les autorités belges ne partagent pas ce point de vue. Elles estiment qu'outre le fait que la CBI admet expressément l'existence d'une différence intrinsèque entre les hôpitaux publics et privés (à savoir le volume plus important de services sociaux fournis par les hôpitaux IRIS), la CBI ne définit pas ce qu'elle entend exactement par «mission sociale de base», qu'elle considère comme étant un SIEG hospitalier, et qu'elle ne définit pas la base juridique sur laquelle s'appuierait cette mission ni le mandat spécifique qui l'impose. Les autorités belges estiment que seule la loi CPAS peut servir à confier des «missions sociales de base» aux hôpitaux publics. En fait, selon elles, en ce qui concerne les seuls hôpitaux publics, la LCH ne fait que compléter la loi CPAS (voir l'article 147 de la LCH). La mission essentielle, ou «mission de base», des hôpitaux IRIS est définie par la loi CPAS ou en vertu de celle-ci, et n'est donc pas «commune» à tous les hôpitaux. Selon les autorités belges, cette mission n'a pas de caractère économique. Les hôpitaux IRIS sont donc établis en vertu de la loi CPAS et, une fois créés, sont tenus de se conformer aux règles supplémentaires fixées par la LCH¹³².
- (96) En ce qui concerne les observations de la CBI concernant la mission de soins universelle, les autorités belges font remarquer que la CBI limite la mission de soins universelle, dont elle affirme qu'elle est commune à tous les hôpitaux, aux seules urgences et situations post-urgence. Ainsi, les autorités belges estiment que la CBI reconnaît implicitement que les hôpitaux privés bruxellois n'ont aucune obligation de traiter des patients en dehors des situations d'urgence et de post-urgence, qui représentent néanmoins la majeure partie des soins prodigués aux personnes défavorisées. Les autorités belges affirment en outre que la référence faite par la CBI à la mission d'intérêt public décrite à l'article 2 de la LCH ne constitue pas le fondement d'une telle obligation. Selon elles, le fait d'être chargé d'une mission hospitalière de base n'implique pas d'être chargé, de façon similaire, de la mission de prodiguer des soins à toute personne en toute circonstance, indépendamment de la capacité de la personne à payer. L'existence même de règles spécifiques régissant les urgences en apporte largement la preuve. Les autorités belges affirment que la mission d'intérêt général ne peut pas être implicite, mais qu'elle est imposée

¹³²

Dans ce contexte, les autorités belges font observer que les hôpitaux privés, établis par exemple sur la base de la loi relative aux associations sans but lucratif (la «loi sur les ASBL»), doivent eux aussi se conformer à la LCH pour leurs fonctions hospitalières. Toutefois, dans la mesure où la loi sur les ASBL ne charge les institutions qu'elle régit d'aucune mission spécifique, les missions de ces hôpitaux privés sont régies uniquement par la LCH.

explicitement. Elles estiment qu'il a été nécessaire de fixer des exigences spécifiques pour les urgences parce que la définition de la mission hospitalière de base établie par la LCH ne mentionne pas les urgences. Les autorités belges avancent l'argument selon lequel la loi du 8 juillet 1964¹³³ et ses arrêtés d'exécution traitent de l'aide médicale d'urgence¹³⁴ et des services d'urgences (y compris les ambulances). C'est sur cette base que certains hôpitaux, tant publics que privés, accomplissent certaines tâches en matière d'aide médicale d'urgence.

- (97) Les autorités belges affirment cependant que l'obligation de dispenser des soins d'urgence dans les hôpitaux publics et privés ne découle pas de la LCH. Elle relève au contraire de l'obligation générale de porter assistance à toute personne en danger. Selon les autorités belges, les hôpitaux sont tenus d'apporter une assistance dans les situations d'urgence médicale en fonction de leur structure et de l'expertise disponible¹³⁵. Cette obligation concerne aussi bien les hôpitaux publics que privés, et d'ailleurs toute autre personne, du fait de l'obligation d'assistance à personne en danger. Les autorités belges expliquent également qu'en vertu de l'article 422 *ter* du Code pénal belge, cette obligation s'applique uniquement dans les situations d'urgence, et en particulier dans les cas d'urgence médicale mettant la vie en péril. Les autorités belges font toutefois remarquer que dans toutes les autres situations (c'est-à-dire les situations autres que l'urgence), les hôpitaux ne sont pas chargés d'une mission de soins universelle et ne sont pas tenus de traiter les patients qui ne sont pas en mesure de payer leur traitement. Enfin, les autorités belges observent que, s'il est évident que les hôpitaux belges n'ont pas le droit de pratiquer une discrimination fondée sur la situation financière des patients (et donc sur le seul fait qu'une personne est pauvre), ils ne peuvent pas être tenus de dispenser des soins en dehors des situations d'urgence si un patient n'est pas en mesure de payer ou ne veut pas payer.
- (98) Dans leurs observations en réponse aux observations de la CBI, les autorités belges remettent aussi en contexte la référence faite par la CBI à un jugement rendu par le Tribunal de première instance de Bruxelles [voir le considérant (72)]. Selon les autorités belges, le jugement cité par la CBI concerne uniquement un cas très particulier d'aide médicale urgente¹³⁶ pour un migrant sans papier qui nécessitait des soins psychiatriques. Elles font remarquer que les hôpitaux IRIS ne dispensent pas de soins de ce type. Selon elles, ce jugement confirme que l'aide médicale urgente aux migrants sans papiers est normalement assurée soit par des hôpitaux établis par un CPAS, soit par des hôpitaux avec lesquels les CPAS ont conclu une convention¹³⁷.

¹³³ Voir la loi du 8 juillet 1964, telle que modifiée (Moniteur belge du 25 juillet 1964, p. 8153).

¹³⁴ Contrairement à l'aide médicale urgente visée ci-dessus [voir le considérant (72)], qui inclut les soins programmés, l'aide médicale d'urgence concerne les soins requis immédiatement dans des situations mettant la vie en péril.

¹³⁵ Cela signifie que, même si un hôpital n'accomplit pas certaines tâches en matière d'aide médicale d'urgence tel qu'indiqué dans la loi du 8 juillet 1964, il reste tenu d'apporter une assistance dans les situations d'urgence médicale au mieux de ses capacités (c'est-à-dire compte tenu de ses infrastructures et de son personnel).

¹³⁶ L'aide médicale urgente est régie par l'article 57, paragraphe 2 et par l'arrêté royal du 12 décembre 1996.

¹³⁷ Dans son jugement du 25 janvier 2013, le Tribunal de première instance de Bruxelles observe ce qui suit: «*L'économie générale du système est que soit le CPAS fournit lui-même l'aide médicale urgente en soignant une personne nécessitant des soins urgents dans un hôpital qu'il gère, soit il prend en charge le coût des soins prodigués à cette personne par un hôpital privé. Si l'aide est le plus souvent dispensée dans un établissement dépendant du CPAS concerné ou avec lequel il a conclu une*

Enfin, les autorités belges font remarquer que la CBI ne justifie pas, et ne tente même pas de justifier, une prétendue obligation faite aux hôpitaux privés de traiter tous les patients dans les situations «post-urgence». Selon les autorités belges, il n'existe aucune obligation de ce type imposée aux hôpitaux privés pour les situations «post-urgence», tandis que les hôpitaux IRIS sont tenus de traiter tous les patients en toute circonstance, même en l'absence d'urgence médicale.

7. APPRECIATION DES MESURES

7.1. Objet de la présente décision

- (99) La plainte faisait référence à une mesure d'aide d'environ 100 millions d'euros accordée dans le contexte de la restructuration qui a mené à la création des hôpitaux IRIS (voir la section 2.2). Cependant, comme expliqué à la section 3.1 de la décision d'ouverture, ce n'est qu'après l'expiration du délai de prescription applicable à la récupération de l'aide à la restructuration que la Commission a pris une mesure à l'égard de cette aide. Par conséquent, cette mesure d'aide n'a pas été incluse dans la procédure formelle d'examen ouverte par la Commission et elle ne sera donc pas abordée dans la présente décision.
- (100) Outre la mesure concernée par le délai de prescription, la plainte ciblait formellement i) les fonds versés par le FRBRTC aux communes responsables des hôpitaux IRIS et ii) les subventions spéciales (à concurrence de 10 millions d'euros par an) octroyées à ces communes par la Région de Bruxelles-Capitale sur la base de l'ordonnance du 13 février 2003.
- (101) Ces deux types de fonds sont toutefois accordés uniquement aux communes responsables des hôpitaux IRIS et non aux hôpitaux IRIS eux-mêmes. Elles ne constituent en réalité que des flux de financement entre la Région de Bruxelles-Capitale et les six communes bruxelloises responsables des hôpitaux IRIS et ne constituent donc pas des aides d'État en faveur des hôpitaux IRIS.
- (102) Il est vrai que dans sa décision annulée de 2009, la Commission tendait à confondre les versements au titre du FRBRTC avec le mécanisme de compensation des déficits prévu à l'article 109 de la LCH, et qu'elle avait omis de porter une appréciation distincte des paramètres de compensation de ces deux mesures¹³⁸. En outre, les fonds du FRBRTC sont utilisés par les communes pour compenser le déficit des hôpitaux IRIS¹³⁹ et les communes avaient l'obligation de verser les fonds FRBRTC aux hôpitaux IRIS dans un délai maximal de sept jours ouvrables¹⁴⁰.
- (103) Néanmoins, comme le confirment les informations reçues en réaction à sa décision d'ouverture et comme expliqué ci-dessous [voir le considérant (230)], les transferts financiers du FRBRTC et de la Région de Bruxelles-Capitale vers les communes

convention, il peut arriver que l'hospitalisation se fasse dans un autre établissement, en raison de l'urgence résultant de la situation de la personne à hospitaliser. Il n'y a dans cette hypothèse ni consultation préalable du CPAS, ni même le plus souvent de la personne concernée, mais décision rapide et unilatérale des ambulanciers du service de secours appelé, voire, comme en l'espèce, du Procureur du Roi. Le caractère inhabituel ou exceptionnel de cette procédure expéditive n'autorise pas les CPAS à refuser la prise en charge des frais d'hospitalisation dans un autre établissement que le leur [...]» [mise en gras ajoutée].

¹³⁸ Affaire T-137/10, points 208 à 215.

¹³⁹ Ibidem, point 217.

¹⁴⁰ Ibidem, point 218.

responsables des hôpitaux IRIS sont nécessaires puisque les ressources propres dont disposent ces communes sont insuffisantes pour satisfaire l'obligation de compensation du déficit communal à l'égard des hôpitaux IRIS. C'est dans ce contexte que le FRBRTC et la Région de Bruxelles-Capitale ont exigé des communes bruxelloises qu'elles mettent les fonds FRBRTC et les subventions spéciales à disposition des hôpitaux IRIS, presque immédiatement après la réception de ces versements. Indépendamment de cette obligation de transfert, l'obligation de compenser les déficits des hôpitaux IRIS incombe aux seules communes concernées et ces hôpitaux n'ont droit à aucune compensation de la part de la Région de Bruxelles-Capitale ou du FRBRTC. De même, les hôpitaux IRIS se sont vus imposer certaines obligations par les communes seules, et non par la Région de Bruxelles-Capitale (voir la section 7.3.4.1). Par conséquent, seuls les versements effectués par les communes en faveur des hôpitaux IRIS pour compenser leurs déficits, qu'ils soient financés au moyen des ressources propres des communes ou des fonds fournis aux communes par la Région de Bruxelles-Capitale, peuvent être considérés comme une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE.

- (104) La Commission conclut que le financement intra-étatique (de la Région de Bruxelles-Capitale aux communes, qu'il ait lieu directement ou indirectement par l'intermédiaire du FRBRTC) ne constitue qu'une source de financement des versements effectués par les communes à titre de compensation des déficits et non une mesure dont les hôpitaux IRIS peuvent bénéficier en sus de cette compensation du déficit. Dès lors, les flux financiers intervenant entre la Région de Bruxelles-Capitale et les communes bruxelloises concernées, ainsi que leurs bases juridiques (entre autres l'ordonnance du 13 février 2003) ne seront pas évalués en tant que tels dans la présente décision. La présente décision de la Commission s'intéressera plutôt aux versements effectués par les communes en faveur des hôpitaux IRIS pour compenser leurs déficits, et pour lesquels les communes dépendent dans une large mesure du financement intra-étatique fourni par la Région de Bruxelles-Capitale¹⁴¹. Cependant, bien qu'elle n'examine plus les mesures qui sont officiellement visées par les plaignants, l'appréciation au regard des règles en matière d'aides d'État portant sur la compensation des déficits des hôpitaux par les communes répondra pleinement, en substance, aux préoccupations des plaignants invoquant l'existence d'une aide d'État, puisqu'elle couvrira également, *de facto*, les fonds octroyés par la Région de Bruxelles-Capitale, directement ou par l'intermédiaire du FRBRTC, les communes les utilisant entièrement pour compenser les déficits des hôpitaux IRIS. C'est pourquoi l'analyse de l'existence d'une surcompensation décrite ci-dessous (voir les tableaux 9 à 13 dans la section 7.3.5) recense également les versements effectués à titre de compensation des déficits qui ont été financés au moyen de fonds FRBRTC et des subventions spéciales provenant de la Région de Bruxelles-Capitale. Enfin, il convient de souligner que la part des versements effectués par les communes à titre de compensation des déficits qui a été financée par la Région de Bruxelles-Capitale ou par l'intermédiaire du FRBRTC¹⁴² était insuffisante pour

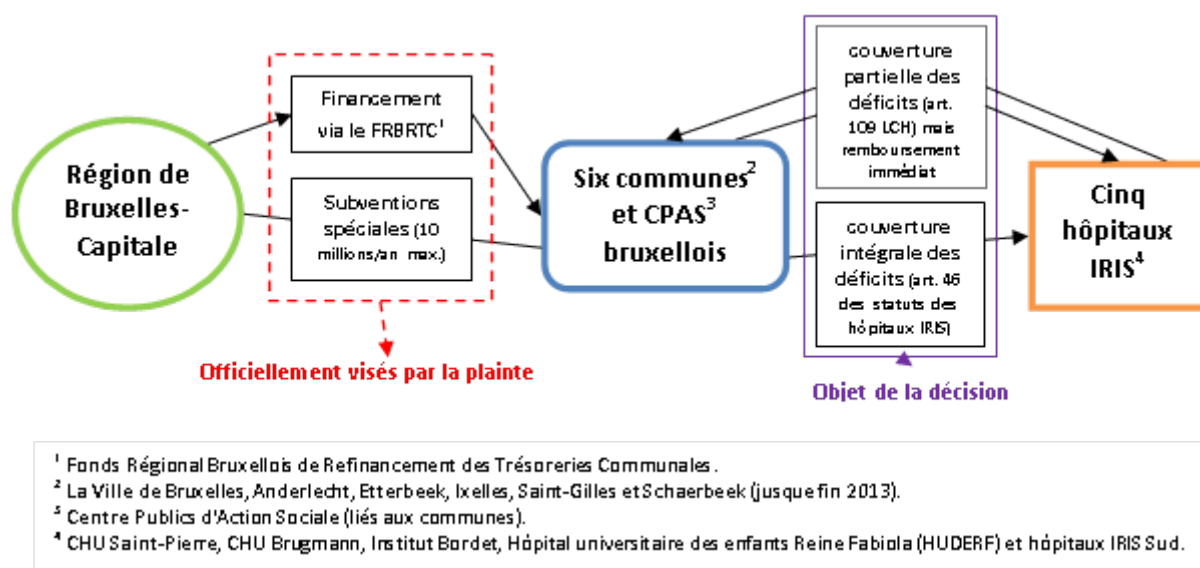
¹⁴¹ Il s'ensuit que l'appréciation réalisée dans la présente décision diffère de celle effectuée dans la décision de 2009 de la Commission qui a été annulée, dans laquelle les interventions au titre du FRBRTC et les subventions spéciales ont été dans une certaine mesure appréciées séparément de la compensation des déficits.

¹⁴² En moyenne, entre 68 % et 90 % des déficits respectifs des hôpitaux enregistrés sur la totalité de la période 1996-2014 ont été compensés par les communes au moyen des fonds du FRBRTC ou des subventions spéciales de la Région de Bruxelles-Capitale. Pour couvrir le reste, les communes ont dû

couvrir intégralement les déficits supportés par les hôpitaux IRIS et qu'à aucun moment de la période 1996-2014, ces paiements n'ont entraîné une situation dans laquelle un hôpital IRIS aurait été en réalité surcompensé et aurait eu à rembourser (en partie) la compensation de son déficit [voir aussi les considérants (234) et (238)].

- (105) La Commission appréciera dès lors les compensations versées par les communes depuis 1996 pour couvrir les déficits des hôpitaux IRIS¹⁴³. Sur cette base, le graphique 1 ci-dessous résume les financements publics faisant l'objet de la présente décision (dans le rectangle au contour continu) et indique également les mesures de financement intra-étatique visées par les plaignants (dans le rectangle au contour en pointillés). De plus amples informations seront fournies au sujet de ces mesures à la section 7.3.5 ci-après.

Graphique 1: Flux de financement et objet de la présente décision



7.2. Aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE

- (106) L'article 107, paragraphe 1, du TFUE dispose que «sont incompatibles avec le marché intérieur, dans la mesure où elles affectent les échanges entre États membres, les aides accordées par les États ou au moyen de ressources d'État sous quelque forme que ce soit qui faussent ou qui menacent de fausser la concurrence en favorisant certaines entreprises ou certaines productions». En conséquence, une mesure constitue une aide d'État si les quatre conditions cumulatives suivantes sont réunies¹⁴⁴:

- (a) elle doit conférer un avantage économique sélectif à une entreprise;
- (b) elle doit être financée au moyen de ressources d'État;

puiser dans leurs propres fonds et, comme expliqué ci-dessous [voir le considérant (234)], à la fin de 2014, elles devaient toujours payer (à nouveau en puisant dans leurs propres fonds) une compensation supplémentaire totale d'environ 15 millions d'euros pour couvrir les déficits des cinq hôpitaux IRIS.

¹⁴³ Lorsque des calculs doivent être effectués pour mener à bien cette évaluation, la Commission se fonde sur les chiffres disponibles, à savoir la période de 1996 à 2014 [pour les exceptions, voir le considérant (236)].

¹⁴⁴ Affaire C-222/04, Ministero dell'Economia e delle Finanze/Cassa di Risparmio di Firenze SpA, Fondazione Cassa di Risparmio di San Miniato, Cassa di Risparmio di San Miniato, ECLI:EU:C:2006:8, point 129.

- (c) elle doit fausser ou menacer de fausser la concurrence;
- (d) elle doit être de nature à affecter les échanges entre États membres.

7.2.1. *Avantage économique sélectif conféré à une entreprise*

7.2.1.1. La notion d'entreprise

Principes généraux

- (107) L'octroi de fonds publics à une entité ne peut être qualifié d'aide d'État que si cette entité est une «entreprise» au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE. Selon une jurisprudence constante de la Cour de justice, constitue une entreprise toute entité exerçant une activité économique¹⁴⁵. La qualification d'une entité en tant qu'entreprise dépend donc de la nature de son activité, indépendamment du statut juridique de cette entité ou de son mode de financement¹⁴⁶. Une activité doit généralement être considérée comme ayant un caractère économique dès lors qu'elle consiste à offrir des biens et des services sur un marché¹⁴⁷. Une entité exerçant à la fois des activités économiques et des activités non économiques doit être considérée comme une entreprise uniquement pour ce qui est des premières activités¹⁴⁸. Le simple fait qu'une entité ne poursuive pas de but lucratif ne signifie pas nécessairement que ses activités n'ont pas un caractère économique¹⁴⁹.

Services médicaux

- (108) Lorsque des soins de santé sont fournis par des hôpitaux et d'autres prestataires de soins de santé contre rémunération¹⁵⁰, que celle-ci soit versée directement par les patients ou qu'elle émane d'autres sources, ces soins doivent généralement être

¹⁴⁵ Affaires jointes C-180/98 à C-184/98, Pavel Pavlov e.a./Stichting Pensioenfond Medische Specialisten, ECLI:EU:C:2000:428, point 74.

¹⁴⁶ Affaire C-41/90, Höfner & Fritz Elser/Macrotron GmbH, ECLI:EU:C:1991:161, point 21 et affaires jointes C-180/98 à C-184/98, Pavel Pavlov e.a./Stichting Pensioenfond Medische Specialisten, ECLI:EU:C:2000:428, point 74.

¹⁴⁷ Affaire C-118/85, Commission des Communautés européennes/République italienne, ECLI:EU:C:1987:283, point 7 et affaire C-35/96, Commission des Communautés européennes/République italienne, ECLI:EU:C:1998:303, point 36.

¹⁴⁸ Affaire C-82/01 P, Aéroports de Paris/Commission des Communautés européennes, ECLI:EU:C:2002:617, point 74 et affaire C-49/07, Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE)/Elliniko Dimosio, ECLI:EU:C:2008:376, point 25. Voir également la communication de la Commission relative à l'application des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'État aux compensations octroyées pour la prestation de services d'intérêt économique général (JO C 8 du 11.1.2012, p. 4, point 9).

¹⁴⁹ Affaire C-49/07, Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE)/Elliniko Dimosio, ECLI:EU:C:2008:376, point 27 et affaire C-244/94, Fédération française des sociétés d'assurance, Société Paternelle-Vie, Union des assurances de Paris-Vie et Caisse d'assurance et de prévoyance mutuelle des agriculteurs/Ministère de l'Agriculture et de la Pêche, ECLI:EU:C:1995:392, point 21.

¹⁵⁰ Affaire C-157/99, B.S.M. Geraets-Smits/Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. Peerbooms/Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen ECLI:EU:C:2001:404, point 58, dans le cadre de laquelle la Cour de justice a considéré que le fait qu'un traitement médical dispensé par un hôpital soit financé directement par les caisses de maladie sur la base de conventions et de tarifs préétablis n'est pas de nature à exclure ce traitement du champ d'application des activités économiques au sens du TFUE et que les paiements effectués par les caisses de maladie, «fussent-ils forfaitaires, constituent bien la contrepartie économique des prestations hospitalières et présentent indubitablement un caractère rémunérateur dans le chef de l'établissement hospitalier qui en bénéficie et qui est engagé dans une activité de type économique». La Cour de justice a également ajouté à cet égard qu'il n'était pas nécessaire qu'une telle rémunération soit payée par celle et ceux qui bénéficient de ce service.

considérés comme constituant une activité économique¹⁵¹. Le financement dont bénéficient les hôpitaux IRIS par l'intermédiaire de diverses subventions des autorités fédérales ou fédérées [voir, par, exemple, le considérant (46) a), d) et e), en ce qui concerne le financement public consenti à l'ensemble des hôpitaux et le considérant (44) pour ce qui est de la compensation du déficit octroyée aux hôpitaux IRIS], auquel s'ajoutent les paiements directs des patients [voir le considérant (46) c)] et les paiements par l'INAMI [voir le considérant (46) b)], rétribue les hôpitaux IRIS pour les services médicaux fournis et peut par conséquent, dans ce contexte, être considéré comme la contrepartie économique des services hospitaliers fournis. Un tel système implique un certain degré de concurrence entre les hôpitaux pour ce qui est de la prestation des services de soins de santé. Le fait qu'un hôpital fournissant de tels services contre rémunération soit un hôpital public ne supprime en rien le caractère économique de ces activités¹⁵².

- (109) En l'espèce, les activités principales des hôpitaux IRIS sont des activités hospitalières consistant en la fourniture de services de soins de santé. Ces activités sont également exercées par d'autres types d'entités, et notamment par des cliniques, des hôpitaux privés et d'autres centres spécialisés, dont les hôpitaux privés des plaignants. Ces activités hospitalières exercées par les hôpitaux IRIS contre rémunération et dans un environnement concurrentiel, doivent donc être considérées comme ayant un caractère économique.
- (110) Les éléments de solidarité sous-tendant le système national de soins de santé belge ne remettent pas en cause le caractère économique de ces activités hospitalières. Il convient en effet de rappeler que le Tribunal a constaté, au sujet d'un système national de santé géré par des ministères et d'autres organismes et fonctionnant «conformément au principe de solidarité dans son mode de financement par des cotisations sociales et autres contributions étatiques et dans sa prestation gratuite de services à ses affiliés sur la base d'une couverture universelle», que les organismes de gestion en question n'agissaient pas en tant qu'entreprises dans leur activité de gestion du système national de santé¹⁵³. La Commission considère toutefois qu'il y a lieu d'établir une distinction entre la gestion du système de santé national, exercée par des organismes publics mettant en œuvre à cet effet des prérogatives d'autorité publique, et la prestation de soins hospitaliers contre rémunération dans un environnement concurrentiel [qui est en cause en l'espèce, comme indiqué aux considérants (108) et (109)].

¹⁵¹ Affaire C-157/99, B.S.M. Geraets-Smits/Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. Peerbooms/Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen ECLI:EU:C:2001:404, point 53; affaires jointes 286/82 et 26/83, Graziana Luisi and Giuseppe Carbone/Ministero del Tesoro ECLI:EU:C:1984:35, point 16; affaire C-159/90, The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd/Stephen Grogan et autres, ECLI:EU:C:1991:378, point 18; affaire C-368/98, Abdou Vanbraekel et autres/Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), ECLI:EU:C:2001:400, point 43; et affaire T-167/04, Asklepios Kliniken GmbH/Commission des Communautés européennes, ECLI:EU:T:2007:215, points 49 à 55.

¹⁵² Voir également la communication de la Commission relative à l'application des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'État aux compensations octroyées pour la prestation de services d'intérêt économique général (JO C 8 du 11.1.2012, p. 4, point 24).

¹⁵³ Affaire T-319/99, Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN)/Commission des Communautés européennes, ECLI:EU:T:2003:50, point 39. Voir également l'affaire T-137/10, points 90 et 91, ainsi que la communication de la Commission relative à l'application des règles de l'Union européenne en matière d'aides d'État aux compensations octroyées pour la prestation de services d'intérêt économique général (JO C 8 du 11.1.2012, p. 4, point 22).

- (111) En conséquence, en ce qui concerne la fourniture de services de soins de santé, les hôpitaux IRIS doivent être considérés comme constituant des entreprises au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE.

Services sociaux

- (112) Comme expliqué au considérant (38), les hôpitaux IRIS proposent un ensemble de services sociaux à leurs patients socialement défavorisés et à leur famille. Ces services comprennent, en fonction des besoins des patients, une assistance psychosociale, socio-administrative ou sociomatérielle. Le caractère spécifique de ces services sociaux implique que les acteurs autorisés à les offrir disposent de ressources spécifiques, telles qu'un personnel spécifiquement formé à cet effet.
- (113) Il est indéniable que les activités sociales complémentaires que les hôpitaux IRIS sont prétendument dans l'obligation d'assumer servent un objectif exclusivement social. Néanmoins, ainsi qu'il ressort de la jurisprudence de la Cour de justice, la vocation purement sociale d'un système en vertu duquel une entité se voit confier des tâches spécifiques ne suffit pas en soi à exclure d'une manière générale le caractère économique desdites tâches¹⁵⁴.
- (114) Dans sa décision d'ouverture, la Commission a cherché à savoir si les activités sociales complémentaires prétendument exercées par les hôpitaux IRIS constituaient ou non une activité économique. Dans leur réponse à la décision d'ouverture de la Commission, les autorités belges maintiennent que les activités sociales ne revêtent pas un caractère économique puisqu'elles ne font pas partie d'un marché concurrentiel. Les plaignants soutiennent cependant qu'il n'est pas possible de distinguer les activités sociales des activités hospitalières qui présentent un caractère économique. Bien que la Commission ait soigneusement examiné les arguments des autorités belges, elle ne peut pas exclure que l'exercice des activités sociales complémentaires constitue une activité économique. En outre, comme expliqué ci-dessous [voir le considérant (165)], la Commission estime que les activités sociales complémentaires ne peuvent en réalité pas être distinguées des activités hospitalières qui revêtent un caractère économique.
- (115) Afin de poursuivre l'appréciation, la suite de la présente décision suppose donc par hypothèse que la fourniture de services sociaux complémentaires présente en effet un caractère économique.

Activités connexes

- (116) Comme indiqué au considérant (41), les hôpitaux IRIS participent également à un ensemble d'activités connexes. La Commission note que certaines de ces activités, lorsqu'elles sont évaluées séparément des activités principales des hôpitaux IRIS, ne semblent pas présenter un caractère économique (par exemple, les activités de recherche), tandis que d'autres semblent à première vue constituer des activités économiques (par exemple, cantine ou magasin pour les patients et visiteurs). Il peut cependant être avancé qu'en raison de leur lien étroit avec les activités (économiques) principales des hôpitaux IRIS, l'ensemble des activités connexes

¹⁵⁴ Voir, à cet égard, l'affaire C-355/00, *Freskot AE/Elliniko Dimosio*, ECLI:EU:C:2003:298, point 53. Dans cette affaire, la Cour de justice a également souligné que les services et contributions fournis au titre d'un régime d'assurance obligatoire étaient établis de façon circonstanciée par le législateur national.

mentionnées doivent être considérées comme constituant également des activités économiques.

- (117) Afin de poursuivre l'évaluation, la suite de la présente décision suppose donc par hypothèse que les activités connexes présentent en effet un caractère économique.

7.2.1.2. Avantage économique

Appréciation générale

- (118) Un avantage, au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, correspond à tout avantage économique qu'une entreprise n'aurait pas obtenu dans les conditions normales du marché, c'est-à-dire sans l'intervention de l'État¹⁵⁵. Seul l'effet de la mesure sur l'entreprise importe, et non la raison ni l'objectif de l'intervention de l'État¹⁵⁶. Un avantage existe dès lors que la situation financière d'une entreprise est améliorée du fait de l'intervention de l'État.

- (119) En l'espèce, il convient de noter que les divers systèmes de financement public (tels que décrits à la section 2.5.1) couvrant les activités hospitalières générales et complémentaires, dont la compensation des déficits, ont permis aux hôpitaux IRIS de bénéficier d'un ensemble de mesures visant à alléger les charges normalement supportées par les prestataires de ce type d'activités. En conséquence, sous réserve de l'examen au regard des principes de l'arrêt Altmark effectué dans les considérants suivants, le mécanisme de compensation des déficits faisant l'objet de la présente décision peut être considéré comme conférant aux hôpitaux IRIS un avantage économique que ceux-ci n'auraient pas obtenu dans les conditions normales du marché, c'est-à-dire sans l'intervention de l'État.

Altmark

- (120) La Commission fait observer que le financement public des hôpitaux IRIS pourrait être considéré comme n'ayant conféré aucun avantage à ces derniers dans la mesure où il a simplement consisté en l'octroi d'une compensation pour les services fournis par ces hôpitaux conformément aux obligations de service public leur incombant, pour autant que les conditions fixées dans l'arrêt Altmark soient remplies.

- (121) Dans cet arrêt, la Cour de justice a précisé que la compensation, au moyen de ressources d'État, des coûts supportés pour fournir un service d'intérêt économique général ne constitue pas un avantage pour autant que quatre conditions cumulatives soient réunies¹⁵⁷:

- (a) l'entreprise bénéficiaire doit effectivement être chargée de l'exécution d'obligations de service public et ces obligations doivent être clairement définies;
- (b) les paramètres sur la base desquels est calculée la compensation doivent être préalablement établis de façon objective et transparente;

¹⁵⁵ Affaire C-39/94, Syndicat français de l'Express international (SFEI) e.a./La Poste e.a., ECLI:EU:C:1996:285, point 60, et affaire C-342/96, Royaume d'Espagne/Commission des Communautés européennes, ECLI:EU:C:1999:210, point 41.

¹⁵⁶ Affaire 173/73, République italienne/Commission des Communautés européennes, ECLI:EU:C:1974:71, point 13.

¹⁵⁷ Affaire C-280/00, Altmark Trans GmbH et Regierungspräsidium Magdeburg/Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH, en présence de Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht, ECLI:EU:C:2003:415, points 87 à 95).

- (c) la compensation ne peut dépasser ce qui est nécessaire pour couvrir tout ou partie des coûts occasionnés par l'exécution des obligations de service public, en tenant compte des recettes y relatives ainsi que d'un bénéfice raisonnable pour l'exécution de ces obligations;
- (d) lorsque le choix de l'entreprise en charge de l'exécution d'obligations de service public n'est pas effectué dans le cadre d'une procédure de marché public permettant de sélectionner le candidat capable de fournir ces services au moindre coût pour la collectivité, le niveau de la compensation nécessaire doit être déterminé sur la base d'une analyse des coûts qu'une entreprise moyenne, bien gérée et adéquatement équipée, aurait encourus pour exécuter ces obligations.
- (122) Les principes et considérations énoncés dans l'arrêt Altmark s'appliquent *ex tunc*, c'est-à-dire qu'ils s'appliquent également aux rapports juridiques existant avant l'arrêt en question¹⁵⁸. En conséquence, les critères d'appréciation exposés dans l'arrêt Altmark sont pleinement applicables à la situation factuelle et juridique de l'espèce, même en ce qui concerne les aides accordées aux hôpitaux IRIS avant la date de l'arrêt Altmark¹⁵⁹.
- (123) Aux fins de la présente décision, la Commission a décidé d'examiner en premier lieu le quatrième critère Altmark (pour lequel il convient de déterminer si le choix de l'entreprise qui fournit un SIEG a été effectué dans le cadre d'une procédure de marché public ou, à défaut, si la compensation versée pour ce SIEG a été déterminée sur la base d'une analyse des coûts supportés par une entreprise moyenne et bien gérée). La Commission constate que les hôpitaux IRIS n'ont pas été sélectionnés dans le cadre d'une procédure de marché public pour les obligations de service public confiées par les autorités belges. On peut donc en conclure que la première partie du critère en question est satisfaite en l'espèce.
- (124) En ce qui concerne la deuxième partie du critère examiné, la Commission fait tout d'abord observer que les autorités belges n'ont pas fait valoir que les hôpitaux IRIS constituaient des entreprises efficaces en ce sens. La Commission constate ensuite que les renseignements fournis tant par les autorités belges que par les plaignants ne suffisent pas à établir que les mécanismes de compensation des obligations de service public confiées aux hôpitaux IRIS respectent le critère de l'opérateur efficace au sens de la quatrième condition énoncée dans l'arrêt Altmark. Rien n'indique que la compensation versée s'appuie sur une analyse des coûts d'une entreprise moyenne présentant les caractéristiques requises par la jurisprudence pertinente des

¹⁵⁸ Affaire T-289/03, British United Provident Association Ltd (BUPA), BUPA Insurance Ltd et BUPA Ireland Ltd/Commission des Communautés européennes, ECLI:EU:T:2008:29, point 159). La Cour de justice a estimé que «... l'interprétation que la Cour donne d'une disposition de droit communautaire se limite à éclairer et à préciser la signification et la portée de celle-ci, telle qu'elle aurait dû être comprise et appliquée depuis le moment de son entrée en vigueur. Il en résulte que la disposition ainsi interprétée peut et doit être appliquée même à des rapports juridiques nés et constitués avant l'arrêt en question et ce n'est qu'à titre exceptionnel que la Cour peut, par application d'un principe général de sécurité juridique inhérent à l'ordre juridique communautaire, être amenée à limiter la possibilité pour tout intéressé d'invoquer une disposition qu'elle a interprétée en vue de mettre en cause des relations juridiques établies de bonne foi».

¹⁵⁹ Affaire C-209/03, The Queen, à la demande de Dany Bidar/London Borough of Ealing et Secretary of State for Education and Skills, ECLI:EU:C:2005:169, points 66 et 67, et affaire C-292/04, Wienand Meilicke, Heidi Christa Weyde et Marina Stöffler/Finanzamt Bonn-Innenstadt, ECLI:EU:C:2007:132, points 34 à 36).

juridictions de l'Union. Il n'existe en outre pas d'éléments suffisants pour démontrer que les hôpitaux IRIS peuvent eux-mêmes être considérés comme des entreprises moyennes, bien gérées et adéquatement équipées. Il ne semble pas avoir été tenu compte, aux fins de la détermination de la compensation octroyée, de considérations ayant trait à une gestion saine ou à l'adéquation des équipements. Enfin, il convient d'indiquer qu'un mécanisme de compensation couvrant le déficit des hôpitaux IRIS résultant de l'exécution de SIEG et d'activités connexes, sans tenir compte de l'efficacité avec laquelle ces hôpitaux sont gérés ne saurait satisfaire au quatrième critère Altmark.

- (125) La Commission considère par conséquent que le quatrième critère énoncé dans l'arrêt Altmark n'est pas satisfait en l'espèce. Les conditions énoncées dans l'arrêt Altmark étant cumulatives, le non-respect d'une des quatre conditions conduit nécessairement à conclure que le mécanisme de compensation des déficits examiné dans la présente décision confère un avantage économique au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE.

7.2.1.3. Sélectivité

- (126) Pour entrer dans le champ d'application de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, une mesure d'État doit favoriser «certaines entreprises ou certaines productions». En conséquence, seules les mesures favorisant des entreprises en leur conférant un avantage de façon sélective relèvent de la notion d'aide.
- (127) La Commission note que le mécanisme de compensation mis en place pour couvrir les déficits des hôpitaux publics à Bruxelles [voir le considérant (44)], mais non ceux des hôpitaux privés, doit être considéré comme étant de nature sélective car il exclut les hôpitaux privés et tous autres prestataires de soins de santé, ainsi que les opérateurs appartenant à d'autres secteurs d'activité.

7.2.2. Ressources d'État

- (128) Pour qu'une mesure constitue une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, elle doit être accordée par l'État ou au moyen de ressources d'État. Les ressources d'État comprennent toutes les ressources du secteur public¹⁶⁰, y compris les ressources des entités intra-étatiques (décentralisées, fédérées, régionales ou autres)¹⁶¹.
- (129) En l'espèce, les compensations de déficits que les hôpitaux IRIS reçoivent de leurs communes respectives pour l'exécution de SIEG et d'activités connexes proviennent de ressources publiques et sont imputables à l'État.

7.2.3. Distorsion de la concurrence et effets sur les échanges

- (130) Les aides publiques aux entreprises ne constituent des aides d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE que si elles «faussent ou menacent de fausser la concurrence», et ce uniquement dans la mesure où elles «affectent les échanges entre États membres».

¹⁶⁰ Affaire T-358/94, Compagnie nationale Air France/Commission des Communautés européennes, ECLI:EU:T:1996:194, point 56.

¹⁶¹ Affaire 248/84, République fédérale d'Allemagne/Commission des Communautés européennes, ECLI:EU:C:1987:437, point 17, et affaires jointes T-92/00 et T-103/00, Territorio Histórico de Álava - Diputación Foral de Álava, EU:T:2002:61, Ramondín, SA et Ramondín Cápsulas, SA (T-103/00)/Commission des Communautés européennes, EU:T:2002:61, point 57.

7.2.3.1. Distorsion de la concurrence

- (131) Une mesure d'aide accordée par un État est considérée comme faussant ou menaçant de fausser la concurrence lorsqu'elle est susceptible de renforcer la position concurrentielle de son bénéficiaire par rapport aux entreprises qui lui font concurrence¹⁶². En pratique, une distorsion de la concurrence est donc présumée dès lors que l'État octroie un avantage financier à une entreprise dans un secteur libéralisé où la concurrence existe ou pourrait exister.
- (132) Compte tenu du fait qu'il existe un certain degré de concurrence entre les hôpitaux publics, les hôpitaux privés et d'autres établissements de soins de santé, le financement public accordé à certains établissements de soins de santé (dont les hôpitaux IRIS), aux fins du financement des activités hospitalières qu'ils exercent, est susceptible de fausser la concurrence. Il en va de même pour les activités sociales complémentaires des hôpitaux IRIS.

7.2.3.2. Effets sur les échanges entre États membres

Principes généraux

- (133) Les juridictions de l'Union ont estimé que *«lorsqu'une aide financière accordée par l'État renforce la position d'une entreprise par rapport à d'autres entreprises concurrentes dans les échanges intra-[UE], ces derniers doivent être considérés comme influencés par l'aide»*¹⁶³.
- (134) Les aides publiques peuvent être considérées comme susceptibles d'affecter les échanges intra-UE même si les bénéficiaires ne participent pas directement aux échanges transfrontières. Par exemple, la subvention peut rendre plus difficile pour les opérateurs d'autres États membres l'entrée sur le marché en maintenant ou en augmentant l'offre locale¹⁶⁴, ou l'exercice de leur droit d'établissement.
- (135) Il est de jurisprudence constante que la Commission n'est pas tenue de procéder à une analyse économique de la situation réelle sur les marchés en cause, de la part de marché des entreprises bénéficiaires de l'aide, de la position des entreprises concurrentes ou des échanges commerciaux entre États membres¹⁶⁵. Dans le cas d'aides d'État accordées illégalement, la Commission n'est pas tenue de faire la démonstration de l'effet réel que ces aides ont eu sur la concurrence et sur les échanges.
- (136) Néanmoins, un effet sur les échanges intra-UE ne peut pas être purement hypothétique ou présumé. Il convient de démontrer pourquoi la mesure fausse ou menace de fausser la concurrence et est susceptible d'avoir un effet sur les échanges entre États membres, sur la base des effets prévisibles de la mesure¹⁶⁶.

¹⁶² Affaire 730/79, Philip Morris Holland BV/Commission des Communautés européennes, ECLI:EU:C:1980:209, point 11 et affaires jointes T-298/97, T-312/97, T-313/97, T-315/97, T-600/97 à 607/97, T-1/98, T-3/98 à T-6/98 et T-23/98, Alzetta Mauro e.a./Commission des Communautés européennes, ECLI:EU:T:2000:151, point 80.

¹⁶³ Affaire T-288/97, Regione autonoma Friuli-Venezia Giulia/Commission, ECLI:EU:T:1999:125, point 41.

¹⁶⁴ Voir par exemple l'affaire C-280/00, Altmark Trans et Regierungspräsidium Magdeburg ECLI:EU:C:2003:415, point 78; les affaires jointes C-197/11 et C-203/11, Libert et autres, ECLI:EU:C:2013:288, point 78; et affaire C-518/13, Eventech, ECLI:EU:C:2015:9, point 67.

¹⁶⁵ Affaire C-279/08 P, Commission/Pays-Bas, ECLI:EU:C:2011:551, point 131.

¹⁶⁶ Voir affaires jointes T-447/93, T-448/93 et T-449/93, AITEC et autres/Commission, ECLI:EU:T:1995:130, point 141.

- (137) À cet égard, la Commission a, dans plusieurs affaires¹⁶⁷, estimé que certaines activités revêtent une dimension purement locale et ne produisent pas un tel effet. Il semble opportun de vérifier, en particulier, si le bénéficiaire fournit des biens ou des services sur un territoire limité d'un État membre et n'est pas susceptible d'attirer des clients d'autres États membres, et si l'on peut prévoir que la mesure n'aura qu'un effet marginal sur les conditions d'investissement ou d'établissement transfrontières.

Appréciation

- (138) Suivant les principes rappelés ci-dessus, la Commission fait remarquer que l'effet sur les échanges peut être établi par référence à une variété de facteurs, principalement la partie «client» (liée au territoire sur lequel les biens et les services sont fournis et le territoire d'où proviennent les clients) et la partie «fournisseur» (la question étant de savoir si une mesure crée des obstacles à l'investissement et à l'établissement transfrontières pour des prestataires exerçant une concurrence réelle ou potentielle). Pour déterminer si une mesure affecte les échanges entre États membres, il suffit d'établir l'existence d'un effet sur les échanges découlant d'au moins l'un de ces facteurs.
- (139) En ce qui concerne l'effet des mesures sur la partie «client», la Commission observe en l'espèce que le secteur des soins de santé, en général, et des soins de santé dispensés en milieu hospitalier, en particulier, fait l'objet d'échanges au sein de l'Union. La Commission note également que la mobilité transfrontière des patients croît. Certes, les soins de santé continuent de relever de la compétence des États membres, et la mobilité des patients fait l'objet de dispositions strictes régissant les interventions des systèmes de sécurité sociale nationaux. En effet, dans la pratique, les soins hospitaliers sont généralement fournis à proximité du lieu de résidence du patient, dans un environnement culturel qui lui est familier et qui lui permet d'établir une relation de confiance avec les médecins qui le soignent. Les déplacements transfrontières se produisent surtout dans les régions frontalières ou lorsque des patients souhaitent bénéficier d'un traitement hautement spécialisé pour un problème de santé spécifique.
- (140) En l'espèce, la Commission estime que les mesures en cause sont susceptibles d'affecter les échanges entre États membres. En particulier, les spécificités de cette affaire la distinguent des affaires dans lesquelles il a été considéré que les aides publiques aux hôpitaux n'affectaient pas les échanges entre États membres¹⁶⁸. En

¹⁶⁷ Voir par exemple les décisions de la Commission dans les affaires d'aides d'État N 258/2000, Piscine Dorsten, JO C 172 du 16.6.2001, p. 16; C10/2003, Pays-Bas – Ports de plaisance sans but lucratif, JO L 34 du 6.2.2004, p. 63; N 458/2004, Editorial Andaluza Holding JO C 131 du 28.5.2005, p. 12; SA.33243, Jornal de Madeira, JO C 131 du 28.5.2005, p. 12; SA.34576, Portugal – Service de soins continus Jean Piaget Nord-est, JO C 73 du 13.3.2013, p. 1; N 543/2001, Irlande – Amortissement fiscal pour les hôpitaux, JO C 154 du 28.6.2002, p. 4; SA.37432, Financement des hôpitaux publics dans la région de Hradec Králové, JO C 203 du 19.6.2015, p. 1; SA.37904, Aide d'État présumée en faveur du centre médical de Durmersheim, JO C 188 du 5.6.2015, p. 1; SA.33149, Städtische Projektgesellschaft «Wirtschaftsbüro Gaarden-Kiel», JO C 188 du 5.6.2015, p. 1; SA.38035, Aide présumée en faveur d'une clinique de réadaptation spécialisée pour la médecine orthopédique et la chirurgie traumatologique, JO C 188 du 5.6.2015, p. 1; SA.39403 Pays-Bas – Aide à l'investissement en faveur du port de Lauwersoog, JO C 259 du 7.8.2015, p. 1; SA.37963 Royaume-Uni – Glenmore Lodge, JO C 277 du 21.8.2015, p. 1; et SA. 38208 Royaume-Uni – Clubs de golf détenus par leurs membres, JO C 277 du 21.8.2015, p. 1.

¹⁶⁸ Voir N 543/2001, Irlande – Amortissement fiscal pour les hôpitaux, JO C 154 du 28.6.2002, p. 4; SA.37432, Financement des hôpitaux publics dans la région de Hradec Králové, JO C 203 du

tirant cette conclusion, la Commission s'appuie en particulier sur la combinaison des éléments suivants:

- (a) Les hôpitaux IRIS comprennent des hôpitaux hautement spécialisés jouissant d'une réputation internationale. L'hôpital universitaire des enfants - Reine Fabiola et l'institut Bordet, respectivement spécialisés en pédiatrie et dans le traitement du cancer, ainsi que les hôpitaux universitaires CHU Saint-Pierre et CHU Brugmann, proposent un large éventail de soins hautement spécialisés et bénéficient d'une réputation internationale. Les hôpitaux jouissant d'une telle réputation peuvent attirer des patients internationaux, notamment d'autres États membres, indépendamment du fait que la mission des hôpitaux IRIS consiste à fournir des soins de santé sociaux à la communauté locale de Bruxelles (voir la section 7.3.4.1).
 - (b) Les hôpitaux IRIS bruxellois sont relativement proches de grandes villes en France, aux Pays-Bas et en Allemagne. Par exemple, les villes d'Aix-la-Chapelle, de Lille, d'Eindhoven et de Rotterdam sont toutes situées à moins de 150 kilomètres. En outre, Bruxelles est directement reliée aux grandes villes européennes que sont Paris, Londres, Amsterdam et Cologne grâce à des liaisons ferroviaires à grande vitesse qui permettent de s'y rendre en un maximum de deux heures. Enfin, Bruxelles possède un aéroport international qui propose des connexions vers tous les grands centres européens et internationaux. Grâce à la situation géographique de Bruxelles et aux nombreuses connexions dont elle jouit, les patients internationaux attirés par les hôpitaux IRIS peuvent les atteindre facilement, notamment s'ils résident à proximité de la frontière belge ou dans l'une des villes reliées à Bruxelles par une liaison ferroviaire à grande vitesse.
 - (c) La Région de Bruxelles-Capitale en général et les hôpitaux IRIS sont multilingues. Le français et le néerlandais sont les langues officielles, et les hôpitaux IRIS sont tenus d'offrir des services dans les deux langues. Dès lors, ces hôpitaux sont particulièrement attrayants pour les citoyens français et néerlandais. En outre, l'anglais est très répandu dans la Région de Bruxelles-Capitale, ce qui facilite l'accès des patients provenant de milieux très différents.
 - (d) La Région de Bruxelles-Capitale accueille un nombre important de citoyens d'autres États membres. Ainsi, sur les 321 villes européennes incluses dans l'«audit urbain» d'Eurostat, Bruxelles affichait le deuxième plus haut taux de résidents non-ressortissants (33,8 % en 2012) et le deuxième plus haut taux de résidents non-ressortissants provenant d'autres États membres de l'Union (20,3 % en 2012)¹⁶⁹. Les résidents des autres États membres de l'Union peuvent souvent choisir l'endroit où ils souhaitent obtenir des services médicaux, en règle générale soit dans leur pays d'origine soit dans leur pays de résidence.
- (141) En ce qui concerne les activités sociales complémentaires des hôpitaux IRIS, la Commission observe que, dans la mesure où il ne peut être exclu que l'exercice de

19.6.2015, p. 1; SA.38035, Aide présumée en faveur d'une clinique de réadaptation spécialisée pour la médecine orthopédique et la chirurgie traumatologique, JO C 188 du 5.6.2015, p. 1.

¹⁶⁹ http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Statistics_on_European_cities/fr, consultée le 8 juillet 2015.

ces activités constitue une activité économique, et étant donné les liens étroits qui existent entre celles-ci et les activités hospitalières générales des hôpitaux IRIS, le raisonnement développé ci-dessus peut également s'appliquer à cet égard. Toutefois, compte tenu des considérations énoncées ci-après (voir la section 7.3), la Commission estime que même si le financement public des services sociaux complémentaires affectait les échanges entre États membres, le financement public profitant à cette activité constituerait une aide d'État compatible avec le marché intérieur. Pour des raisons d'économies de procédure, il n'est donc pas nécessaire de déterminer, en fin de compte, si le financement public des activités sociales complémentaires affecte ou non les échanges entre États membres.

- (142) Les mêmes considérations s'appliquent aux activités connexes des hôpitaux IRIS [voir les considérants (41), (116) et (117)]. Selon la Commission, si le financement public (le cas échéant) de la plupart des activités connexes des hôpitaux IRIS (par exemple, une crèche pour les enfants des membres du personnel, la location de chambres, une petite boutique pour les patients et les visiteurs, la cantine et un parking, la location de téléviseurs aux patients) faisait l'objet d'une appréciation séparée, il serait possible d'avancer que celui-ci n'aurait aucun effet sur les échanges entre États membres. Cependant, en raison du lien étroit qui existe entre les activités connexes et les activités principales des hôpitaux IRIS, on peut supposer que le financement public (le cas échéant) de ces activités connexes affecte également les échanges entre États membres. En tout état de cause, puisque le financement public profitant aux activités connexes constituerait une aide d'État compatible avec le marché intérieur (voir la section 7.3), la Commission ne juge pas nécessaire de se prononcer de façon définitive sur ce point.
- (143) Afin de poursuivre l'appréciation, la suite de la présente décision se fonde sur l'hypothèse que le financement public des activités sociales complémentaires et des activités connexes est susceptible d'affecter les échanges entre États membres.
- (144) Ayant ainsi conclu que les mesures visées par l'enquête en l'espèce sont susceptibles d'affecter les échanges entre États membres à au moins un égard (la partie «client»), la Commission ne juge pas nécessaire de déterminer si elles sont également susceptibles d'affecter les échanges entre États membres en ce qui concerne les investissements transfrontières et le droit d'établissement [voir le considérant (138)].

7.2.4. *Conclusion*

- (145) Eu égard aux considérations qui précèdent, la Commission estime qu'en ce qui concerne les mesures examinées en l'espèce, les conditions cumulatives de l'existence d'une aide d'État sont remplies et que ces mesures constituent par conséquent une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE.

7.3. Compatibilité avec le marché intérieur

7.3.1. *Base juridique*

7.3.1.1. Principes généraux

- (146) Étant donné que la compensation des déficits qui s'applique aux hôpitaux IRIS constitue une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, il convient d'apprécier sa compatibilité avec le marché intérieur. Les raisons pour lesquelles une mesure d'aide d'État peut ou doit être déclarée compatible avec le marché intérieur sont énumérées à l'article 106, paragraphe 2, et à l'article 107, paragraphes 2 et 3, du TFUE.

- (147) Les autorités belges ayant affirmé avec constance que le financement public des hôpitaux IRIS constitue une compensation pour l'exercice de SIEG, la compatibilité de la compensation du déficit avec le marché intérieur doit être appréciée principalement à la lumière de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE. Celui-ci dispose que

«les entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général ou présentant le caractère d'un monopole fiscal sont soumises aux règles des traités, notamment aux règles de concurrence, dans les limites où l'application de ces règles ne fait pas échec à l'accomplissement en droit ou en fait de la mission particulière qui leur a été impartie. Le développement des échanges ne doit pas être affecté dans une mesure contraire à l'intérêt de l'Union.»

7.3.1.2. Application de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE dans le temps: remarques préliminaires

- (148) La Commission a fixé les conditions précises dans lesquelles elle applique l'article 106, paragraphe 2, du TFUE dans une série d'instruments juridiques, le plus récemment, entre autres, dans l'encadrement SIEG de 2012¹⁷⁰ et la décision SIEG de 2012¹⁷¹ (ci-après dénommés ensemble «paquet SIEG de 2012»); auparavant, la Commission avait publié et appliqué l'encadrement SIEG de 2005¹⁷² et la décision SIEG de 2005¹⁷³. Toute mesure d'aide satisfaisant aux critères énoncés dans la décision SIEG de 2012 est considérée comme compatible avec le marché intérieur et ne doit pas être notifiée. Les mesures d'aide qui n'entrent pas dans le champ d'application de la décision SIEG de 2012 parce qu'elles ne remplissent pas tous les critères qui y sont fixés doivent être appréciées conformément à l'encadrement SIEG de 2012 après avoir été notifiées.
- (149) En l'espèce, la compensation des déficits des hôpitaux IRIS qui est examinée remonte à 1996 et est donc antérieure à la décision et à l'encadrement SIEG de 2012. Toutefois, le paquet SIEG de 2012 fixe – à l'article 10 de la décision SIEG de 2012 et au point 69 de l'encadrement SIEG de 2012 – des règles concernant son application également aux aides octroyées avant son entrée en vigueur, laquelle est intervenue le 31 janvier 2012. En particulier, l'article 10, point b), de la décision SIEG de 2012 dispose que

«toute aide octroyée avant l'entrée en vigueur de la présente décision [à savoir avant le 31 janvier 2012] qui n'était pas compatible avec le marché intérieur ni exemptée de l'obligation de notification conformément à la décision 2005/842/CE mais remplit les conditions énoncées dans la présente

¹⁷⁰ Communication de la Commission - Encadrement de l'Union européenne applicable aux aides d'État sous forme de compensations de service public, JO C 8 du 11.1.2012, p. 15.

¹⁷¹ Décision de la Commission du 20 décembre 2011 relative à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, JO L 7 du 11.1.2012, p. 3.

¹⁷² Encadrement communautaire des aides d'État sous forme de compensations de service public, JO C 297 du 29.11.2005, p. 4.

¹⁷³ Décision de la Commission du 28 novembre 2005 relative à l'application de l'article 86, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, JO L 312 du 29.11.2005, p. 67.

décision, est compatible avec le marché intérieur et exemptée de l'obligation de notification préalable».

En ce qui concerne l'encadrement SIEG de 2012, ses points 68 et 69 précisent que la Commission appliquera les principes énoncés dans cet encadrement à tous les projets d'aide qui lui seront notifiés, que la notification ait eu lieu avant ou après le début de l'application de cet encadrement, à savoir le 31 janvier 2012, ainsi qu'à toute aide illégale sur laquelle elle statuera après le 31 janvier 2012, même si cette aide a été octroyée avant le 31 janvier 2012.

- (150) En conséquence, les règles relatives à l'application de la décision SIEG de 2012 et de l'encadrement SIEG de 2012 telles que décrites ci-dessus impliquent que le financement public des hôpitaux IRIS à partir de 1996 peut être apprécié sur la base du paquet SIEG de 2012. Si le mécanisme de compensation des déficits remplit les conditions de la décision SIEG de 2012 ou de l'encadrement SIEG de 2012, il est compatible avec le marché intérieur pour toute la période depuis 1996.
- (151) Enfin, il convient d'attirer l'attention sur la disposition transitoire figurant à l'article 10, point a), de la décision SIEG de 2012, conformément à laquelle tout régime d'aide octroyé avant l'entrée en vigueur de ladite décision (à savoir avant le 31 janvier 2012), qui était compatible avec le marché intérieur et exempté de l'obligation de notification conformément à la décision 2005/842/CE, reste compatible avec le marché intérieur et est exempté de l'obligation de notification pendant une période supplémentaire de deux ans (à savoir jusqu'au 30 janvier 2014 inclus). Cela signifie que l'aide qui a été octroyée en vertu du régime en question au cours de la période comprise entre l'entrée en vigueur de la décision SIEG de 2005, le 19 décembre 2005, et l'entrée en vigueur de la décision SIEG de 2012, le 31 janvier 2012, sera considérée comme compatible avec le marché intérieur, mais seulement à partir de la date à laquelle elle a été octroyée jusqu'au 30 janvier 2014 inclus. En tout état de cause, pour les aides qui ont été octroyées à partir du 31 janvier 2012, la disposition transitoire de l'article 10, point a), de la décision SIEG de 2012 n'est pas applicable et l'appréciation de la compatibilité doit être effectuée sur la base de la décision SIEG de 2012.
- (152) En conséquence, la Commission apprécie tout d'abord si le financement public faisant l'objet de la présente décision accordé aux hôpitaux IRIS à partir de 1996 remplit les conditions énoncées dans la décision SIEG de 2012. Ce n'est que dans le cas contraire que la Commission appréciera ce même financement sur la base de la décision SIEG de 2005 (concernant l'aide qui a été octroyée entre le 19 décembre 2005 et le 31 janvier 2012) et de l'encadrement SIEG de 2012.

7.3.2. *Applicabilité de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE: véritable SIEG*

- (153) L'article 106, paragraphe 2, du TFUE et la décision SIEG de 2012 fondée sur celui-ci ne s'appliquent qu'aux compensations versées à une entreprise chargée de la gestion d'un «*véritable service d'intérêt économique général*»¹⁷⁴. La Cour de justice a établi que les SIEG sont des services qui présentent des caractères spécifiques par rapport à ceux des autres activités de la vie économique¹⁷⁵. Il est en outre bien établi qu'en l'absence de réglementation spécifique définissant à l'échelle de l'Union les

¹⁷⁴ Voir le considérant 8 de la décision SIEG de 2012.

¹⁷⁵ Affaire C-179/90, *Merci convenzionali porto di Genova*, ECLI:EU:C:1991:464, point 27; affaire C-242/95, *GT-Link A/S*, ECLI:EU:C:1997:376, point 53; et affaire C-266/96, *Corsica Ferries France SA*, ECLI:EU:C:1997:376, ECLI:EU:C:1998:306, point 45.

critères pour déterminer l'existence d'un SIEG, les États membres disposent d'un large pouvoir d'appréciation quant à la définition de ce qu'ils considèrent comme un SIEG, et quant à l'octroi de la compensation au prestataire de ce service¹⁷⁶. La compétence de la Commission en la matière se limite à vérifier que l'État membre n'a pas commis d'erreur manifeste en qualifiant un service de SIEG.

- (154) La Commission estime que toutes les activités économiques des hôpitaux IRIS qui bénéficient de financements publics (c'est-à-dire l'éventail de tâches sociales et hospitalières effectuées par ces hôpitaux) constituent soit de véritables services d'intérêt économique général, comme le soutiennent les autorités belges, soit des activités purement connexes s'y rapportant. En particulier, tous les services médicaux et sociaux en cause en l'espèce présentent des caractéristiques spécifiques par rapport à ceux des autres activités économiques, c'est-à-dire essentiellement leur importance pour le bien-être médical et social de la société. En conséquence, les autorités belges n'ont pas commis d'erreur manifeste en qualifiant ces services de SIEG.
- (155) En ce qui concerne les activités connexes détaillées au considérant (41), la Commission fait remarquer qu'une activité peut être considérée comme connexe à un SIEG si elle est directement associée et nécessaire à la fourniture de ce SIEG, ou y est intrinsèquement liée. Dans ce dernier cas, les activités en question consomment les mêmes intrants que ce SIEG, par exemple, le matériel, les équipements, la main-d'œuvre, le capital fixe. Les activités connexes doivent également rester limitées dans leur portée. La Commission estime que toutes les activités décrites au considérant (41) peuvent être considérées comme connexes à l'activité SIEG principale des hôpitaux IRIS. En effet, les activités considérées comme connexes 1) sont directement associées et nécessaires à la fourniture de l'activité SIEG des hôpitaux IRIS, car elles constituent des activités qu'un hôpital moderne est censé exercer en plus de la fourniture de services médicaux et sociaux et/ou 2) y sont intrinsèquement liées puisqu'elles utilisent les infrastructures des hôpitaux (c'est-à-dire les bâtiments et terrains). Compte tenu de la part limitée que représentent les activités connexes dans les recettes globales des hôpitaux IRIS (en moyenne moins de 2 %), la Commission est également d'avis que toutes les activités connexes restent très limitées dans leur portée.

7.3.3. *Applicabilité de la décision SIEG de 2012*

- (156) La Commission considère en outre que l'octroi de fonds publics aux hôpitaux IRIS pour l'exécution de SIEG relève du champ d'application matériel de la décision SIEG de 2012, comme le prévoit son article 2. Comme précisé à son article 2, paragraphe 1, points b) et c), la décision SIEG de 2012 s'applique aux aides d'État octroyées sous la forme de compensations de SIEG aux hôpitaux qui fournissent des soins médicaux (ce qui comprend l'exercice d'activités connexes directement liées aux activités principales, notamment, mais sans s'y limiter, dans le domaine de la recherche) et aux entreprises qui fournissent des SIEG répondant à des besoins sociaux concernant, entre autres, les soins de santé et l'inclusion sociale des groupes vulnérables. Étant donné que les SIEG et les activités connexes bénéficiant d'un financement public exécutés par les hôpitaux IRIS peuvent tous être inclus dans ces catégories d'activités, la Commission conclut que le mécanisme de compensation des

¹⁷⁶ Affaire T-289/03, BUPA e.a./Commission, ECLI:EU:T:2008:29, points 166 à 169 et 172; affaire T-17/02, Fred Olsen, ECLI:EU:T:2005:218, point 216.

déficits examiné en l'espèce relève du champ d'application matériel de la décision SIEG de 2012. En conséquence, les coûts résultant de l'ensemble des activités des hôpitaux IRIS (SIEG et activités connexes) peuvent être couverts par les compensations octroyées conformément à la décision SIEG de 2012.

7.3.4. L'acte de mandatement

(157) La première condition de compatibilité essentielle inscrite dans la décision SIEG de 2012 est que la gestion du SIEG doit être confiée à l'entreprise concernée au moyen d'un ou de plusieurs actes, dont la forme peut être déterminée par chaque État membre¹⁷⁷. Ce ou ces actes doivent mentionner clairement:

- la nature et la durée des obligations de service public¹⁷⁸;
- l'entreprise à laquelle incombent ces obligations et, s'il y a lieu, le territoire concerné¹⁷⁹;
- la nature de tout droit exclusif ou spécial octroyé à l'entreprise par l'autorité octroyant l'aide¹⁸⁰;
- la description du mécanisme de compensation et les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation¹⁸¹;
- les modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces dernières¹⁸².

(158) De plus, la décision SIEG de 2012 exige que le mandat comporte une référence à cette décision¹⁸³.

7.3.4.1. Nature et charge des obligations de service public imposées aux hôpitaux IRIS

(159) Dans son arrêt d'annulation du 7 novembre 2012, le Tribunal a formulé l'observation préliminaire selon laquelle *«lorsque des exigences différentes incombent aux entités, publiques et privées, chargées du même service public, ce qui suppose un niveau différent des coûts et de la compensation, ces différences doivent ressortir clairement de leurs mandats respectifs, notamment, afin de permettre de vérifier la compatibilité de la subvention avec le principe d'égalité de traitement. En effet, une aide d'État qui, par certaines de ses modalités, viole les principes généraux du droit de l'Union, tel le principe d'égalité de traitement, ne saurait être déclarée compatible avec le marché intérieur par la Commission (arrêt de la Cour du 15 avril 2008, Nuova Agricast, C-390/06, Rec. p. I-2577, point 51)»*.¹⁸⁴

(160) Le point 66 de l'arrêt dans l'affaire Nuova Agricast¹⁸⁵ précise que *«le respect du principe d'égalité de traitement requiert que des situations comparables ne soient pas traitées de manière différente et que des situations différentes ne soient pas traitées de manière égale à moins qu'un tel traitement ne soit objectivement justifié*

¹⁷⁷ Voir l'article 4 de la décision SIEG de 2012.

¹⁷⁸ Voir l'article 4, point a), de la décision SIEG de 2012.

¹⁷⁹ Voir l'article 4, point b), de la décision SIEG de 2012.

¹⁸⁰ Voir l'article 4, point c), de la décision SIEG de 2012.

¹⁸¹ Voir l'article 4, point d), de la décision SIEG de 2012.

¹⁸² Voir l'article 4, point e), de la décision SIEG de 2012.

¹⁸³ Voir l'article 4, point f), de la décision SIEG de 2012.

¹⁸⁴ Affaire T-137/10, point 95, ECLI:EU:T:2012:584

¹⁸⁵ Affaire C-390/06, Nuova Agricast Srl/Ministero delle Attività Produttive, ECLI:EU:C:2008:224.

(voir, notamment, arrêt du 26 octobre 2006, *Koninklijke Coöperatie Cosun*, C-248/04, *Rec. p. I-10211, point 72 et jurisprudence citée*).»

- (161) Cependant, la Commission fait observer que le principe de non-discrimination n'est pas mentionné comme un critère de compatibilité dans la décision SIEG de 2012. Néanmoins, la Commission entend examiner si les hôpitaux publics IRIS et les hôpitaux privés bruxellois se trouvent dans une situation juridique et factuelle comparable ou différente. Dans ce contexte, en décrivant la nature des obligations de service public qui sont confiées aux hôpitaux IRIS, la Commission indiquera si oui ou non une obligation comparable a été imposée aux hôpitaux privés bruxellois.
- (162) Comme expliqué ci-dessus (voir la section 2.3), les hôpitaux IRIS sont soumis à un cadre réglementaire qui se compose de la loi CPAS (sur la base de laquelle les hôpitaux IRIS ont été créés), la LCH, les statuts des associations hospitalières locales, et les plans stratégiques adoptés par l'organisation faîtière IRIS. Étant donné que les pouvoirs publics (à savoir les communes et les CPAS) ont le contrôle majoritaire sur les associations locales relevant du chapitre XII de la loi CPAS et sur l'organisation faîtière IRIS, les statuts et les plans stratégiques sont obligatoires pour les hôpitaux IRIS et peuvent donc être considérés comme des actes de mandatement valides, dont la nature sera précisée ci-dessous [voir les considérants (164), (170) et suivants]. Dans ce contexte, il est également intéressant de souligner que les pouvoirs publics peuvent directement contrôler les opérations quotidiennes des hôpitaux IRIS et fournir des instructions supplémentaires si nécessaire.
- (163) Il a également été observé [voir le considérant (24)] que les hôpitaux IRIS étaient à l'origine gérés et contrôlés directement par les CPAS qui les avaient créés afin que leur obligation d'aide sociale soit remplie en conformité avec la loi CPAS. Afin de garantir la pérennité et la viabilité des hôpitaux publics bruxellois [voir le considérant (24)], une restructuration a été nécessaire et a débouché sur la création des hôpitaux IRIS (qui ont pris la forme d'associations locales relevant du chapitre XII de la loi CPAS dotées d'une indépendance financière et juridique). Cependant, cette restructuration n'a pas modifié la mission fondamentale des hôpitaux publics IRIS bruxellois¹⁸⁶, qui est de fournir des soins médicaux et sociomédicaux et, ainsi, de contribuer à l'obligation d'aide sociale du CPAS qui les a créés.
- (164) Les soins médicaux prodigués par les hôpitaux IRIS sont également définis par la LCH, qui fixe le cadre pertinent applicable à l'organisation du secteur hospitalier belge dans son ensemble. Sur cette base, la LCH confie une mission hospitalière de base à tous les hôpitaux belges, qu'ils soient publics ou privés, y compris les hôpitaux IRIS. En particulier, l'article 2 de la LCH définit les établissements qui peuvent être considérés comme des hôpitaux, tandis que ses articles 68 à 76 sexies définissent les conditions de l'agrément des hôpitaux et services hospitaliers (lesquelles sont détaillées dans des décrets d'application définissant les conditions en matière de qualité, les exigences en matière de personnel, etc.). Les articles 23 à 45

¹⁸⁶ Voir le considérant (25) et en particulier la mention, dans l'accord de coopération du 19 mai 1994, concernant la nécessité de «*présenter des garanties quant au maintien [...] de la spécificité des hôpitaux publics*» [gras ajouté]. Voir également le plan stratégique IRIS 1996-2001, en particulier: la section «*Axes structurants*» (page 3), «*pour être en mesure de poursuivre la dispensation d'une médecine dénuée de toute logique marchande*» et la section «*Objectifs contributifs*» (page 54), «*Les hôpitaux publics [à savoir les hôpitaux IRIS] ont pour vocation de base de prodiguer une médecine sociale; celle-ci leur impose de répondre aux exigences de missions sociales*» [gras ajouté].

de la LCH déterminent les exigences concernant le mécanisme de programmation hospitalière, qui fixe des limites au nombre de lits d'hôpitaux, de services hospitaliers et de certains équipements médicaux (comme les scanners) pouvant être mis en service et utilisés. Seuls les services hospitaliers agréés qui remplissent les conditions de la programmation sont admissibles au bénéfice d'un financement public. Comme indiqué dans la décision d'ouverture¹⁸⁷ et confirmé par l'absence d'observations de tiers à cet égard, il n'existait et il n'existe aucun doute quant à la clarté de la mission hospitalière de base telle que définie par la LCH. Il est également clair que les hôpitaux IRIS répondent à ces exigences puisqu'ils possèdent tous les agréments nécessaires et que leur fonctionnement est approuvé dans le cadre du mécanisme de programmation.

- (165) Au-delà de la mission hospitalière de base qui est confiée à tous les hôpitaux publics et privés belges, la décision de la Commission du 28 octobre 2009 (voir la section 4.1 ci-dessus), l'arrêt d'annulation du Tribunal du 7 novembre 2012 (voir la section 4.2 ci-dessus), et la décision d'ouverture de la Commission du 1^{er} octobre 2014 (voir la section 4.3 ci-dessus), faisaient référence à trois SIEG complémentaires (ou spécifiques), concernant essentiellement 1) l'accès universel aux soins de santé, 2) l'obligation de fourniture de soins multisite et 3) des services sociaux complémentaires, qui ont été uniquement et exclusivement confiés aux hôpitaux IRIS. Cela ne signifie cependant pas que la mission hospitalière de base et les SIEG complémentaires doivent nécessairement être appréciés indépendamment les uns des autres. À cet égard, il était mentionné au considérant 23 de la décision d'ouverture que les autorités belges faisaient valoir que la mission hospitalière de base s'inscrit dans un SIEG plus large, à savoir l'obligation de fournir l'aide sociale requise par la loi CPAS, ou est complémentaire de ce SIEG.
- (166) Dans ce contexte, la Commission considère que l'association de la mission hospitalière de base confiée à tous les hôpitaux en vertu de la LCH et des trois obligations SIEG complémentaires imposées¹⁸⁸ uniquement aux hôpitaux IRIS constitue de facto un «SIEG de soins de santé sociaux» qui est propre aux hôpitaux IRIS et exercé uniquement par ceux-ci. En examinant la réalité de toutes les obligations de SIEG imposées aux hôpitaux IRIS et en se fondant sur son analyse de la nature et des caractéristiques de toutes ces obligations, la Commission est d'avis qu'il ne serait pas approprié d'examiner les trois obligations de SIEG complémentaires imposées au niveau communal indépendamment de la mission hospitalière de base confiée en vertu de la LCH. En effet, les obligations de SIEG complémentaires, d'une part, sont fondées et s'appuient sur la mission hospitalière de base confiée aux hôpitaux IRIS en vertu de la LCH et, d'autre part, vont aussi bien au-delà de cette obligation de base en obligeant les hôpitaux IRIS 1) à offrir une large gamme de services de soins de santé à tous les patients, sans tenir compte de leur capacité de payer (accès universel aux soins de santé) [voir les considérants (170)-(190)], 2) sur plusieurs sites hospitaliers (assurant des soins de proximité) [voir les considérants (191)-(204)], tout en 3) accordant une attention particulière aux besoins sociaux des patients (au moyen de services sociaux complémentaires) [voir les considérants (205)-(214)]. En ce qui concerne la mission hospitalière de base confiée en vertu de la LCH [voir le considérant (164)], les trois obligations

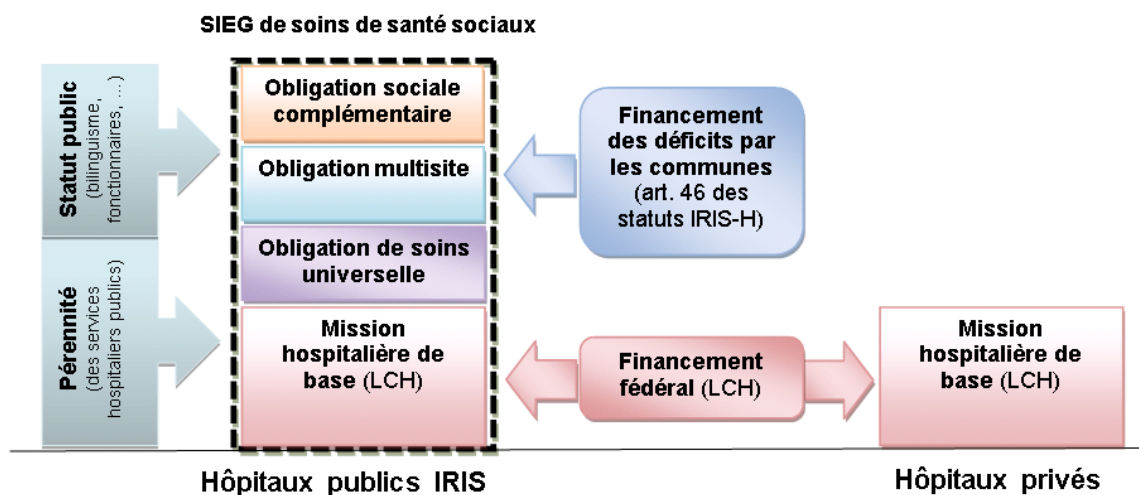
¹⁸⁷ Voir le considérant 87 de la décision d'ouverture.

¹⁸⁸ Pour de plus amples informations au sujet des mandats relatifs à ces trois obligations, voir les considérants (170) et suivants.

complémentaires ne peuvent pas être considérées comme des activités autonomes, comme le démontre clairement le fait que ces obligations n'auraient jamais été imposées sans l'obligation fondamentale de mener la mission hospitalière de base au titre de la LCH. Enfin, cette approche est dans une certaine mesure également confirmée par les plaignants lorsqu'ils avancent [voir le considérant (71)] que les services sociaux complémentaires ne peuvent pas être séparés d'un service général de soins de santé.

- (167) En ce qui concerne l'approche développée aux considérants précédents [voir les considérants (162) à (166)], la Commission tient à souligner les trois points suivants. Premièrement, le SIEG de soins de santé sociaux qui est exécuté par les hôpitaux IRIS se compose ni plus ni moins de la mission hospitalière de base qui leur est imposée [voir le considérant (164)] et des trois obligations SIEG complémentaires qui leur incombent [voir les considérants (170) et suivants]. Deuxièmement, comme il sera démontré ci-après, les hôpitaux IRIS et les hôpitaux privés bruxellois ne se trouvent pas dans une situation comparable, en particulier dans la mesure où les hôpitaux IRIS sont les seuls auxquels incombent les trois obligations SIEG complémentaires [voir les considérants (170) et suivants] et sont donc les seuls à exercer le SIEG de soins de santé sociaux tel que défini ci-dessus [voir les considérants (166) à (167)]. Troisièmement, les hôpitaux IRIS sont également soumis à des contraintes qui ont une incidence sur l'exécution du SIEG de soins de santé sociaux, à savoir leur statut public [voir le considérant (42)] et la nécessité d'assurer la pérennité de la prestation de ce SIEG [voir les considérants (91) et (168)]. Le graphique 2 ci-dessous illustre ces deux éléments.

Graphique 2: Obligations, contraintes et mécanismes de financement public applicables aux hôpitaux publics IRIS par rapport aux hôpitaux privés



- (168) Étant donné que les trois obligations SIEG complémentaires vont plus loin que les exigences minimales applicables à tous les hôpitaux (publics ou privés en Belgique), elles entraînent des coûts qui ne sont pas ou ne sont que partiellement couverts par le BMF (voir la section 2.5.1) et le système de sécurité sociale. Si l'on y ajoute les coûts plus élevés qui découlent de leur statut public [fonctionnaires, bilinguisme, etc., voir également le considérant (42)], ceci explique pourquoi les hôpitaux IRIS ont déclaré des déficits pour la plupart des années de la période de 1996 à 2014. Au total, les déficits comptables des hôpitaux IRIS sur la période 1996-2014 s'élèvent à environ 250 millions d'euros [voir le considérant (234)]. Les CPAS et les communes

bruxelloises concernés veulent et doivent¹⁸⁹ assurer la pérennité de leurs hôpitaux IRIS afin de veiller à ce que le SIEG de soins de santé sociaux soit exercé et que l'obligation d'aide sociale du CPAS soit remplie (voir également la section 2.2). C'est la raison pour laquelle ils couvrent intégralement les déficits, ce qui permet de compenser les coûts résiduels du SIEG de soins de santé sociaux (composé de la mission hospitalière de base et des trois obligations SIEG complémentaires)¹⁹⁰ et d'assurer ainsi la pérennité des hôpitaux IRIS [voir le considérant (91)]. Ce faisant, la compensation du déficit ne fait pas de distinction entre les différentes obligations SIEG. Dans ce contexte, il convient de vérifier si l'on peut exclure toute surcompensation de manière globale (par exemple pour les différents SIEG combinés), comme expliqué ci-dessous (voir les tableaux 9 à 13 à la section 7.3.5).

- (169) Comme indiqué aux considérants (165) à (167), la Commission est parvenue à la conclusion que les obligations complémentaires des hôpitaux IRIS et la mission hospitalière de base doivent être considérées conjointement comme constituant *de facto* un SIEG de soins de santé sociaux. Alors que la mission hospitalière de base a été définie ci-dessus [voir le considérant (164)], la nature exacte de chacune des obligations SIEG complémentaires est définie dans la suite de cette section. En outre, il y est également expliqué comment ces obligations SIEG complémentaires sont liées les unes aux autres et comment elles contribuent au SIEG de soins de santé sociaux.

I.) Obligation de traiter tout patient en toute circonstance sans tenir compte de sa capacité de payer (obligation de soins universelle)

- (170) Selon les autorités belges, les hôpitaux IRIS sont tenus de traiter tous les patients, même lorsque ces derniers ne sont pas en mesure de payer et/ou ne sont pas assurés, et ce en toute circonstance, y compris lorsque ces patients ne nécessitent pas de soins médicaux urgents. Les plaignants mettent en doute le fait que cette obligation s'applique aux hôpitaux IRIS et affirment que les hôpitaux privés bruxellois ne peuvent pas refuser de patients et traitent en fait un grand nombre de patients dits «sociaux». Pour appuyer leurs dires, les plaignants font valoir que la LCH confère la même mission hospitalière à tous les hôpitaux et, comme indiqué au point 150 de l'arrêt d'annulation du 7 novembre 2012, ils font également référence au principe général de non-discrimination qui empêcherait les hôpitaux de sélectionner les patients selon leurs convictions idéologiques, philosophiques, religieuses ou leur situation d'indigence. Selon eux, les hôpitaux publics et privés sont soumis à la même obligation de traiter les patients aussi bien dans les situations d'urgence que de «post-urgence».
- (171) Tout d'abord, la Commission relève que la LCH ne contient aucune formulation pouvant être interprétée comme obligeant les hôpitaux (publics ou privés) à traiter les patients en toute circonstance, indépendamment de leur capacité de payer. Cependant, le droit belge prévoit une obligation générale d'assistance à personne en danger. Comme l'ont souligné les autorités belges, conformément à l'article 422 *ter*

¹⁸⁹ Comme expliqué ci-dessus [voir les considérants (83) et (91)], conformément à la jurisprudence du Conseil d'État belge, tant que les besoins médicaux et sociaux pour lesquels les hôpitaux IRIS ont été créés existent, les pouvoirs publics ne peuvent pas fermer ces hôpitaux ni les céder à un propriétaire du secteur privé.

¹⁹⁰ Les coûts inhérents au statut public des hôpitaux IRIS sont pris en compte dans les coûts de la mission hospitalière de base et des obligations SIEG complémentaires et, partant, peuvent contribuer aux déficits de ces activités.

du code pénal belge, cette obligation s'applique aux situations d'urgence, et en particulier aux urgences médicales constituant une menace pour la vie. Les hôpitaux sont donc tenus de fournir une assistance en cas d'urgence médicale, en fonction de leur organisation et de l'expertise disponible. Tant les hôpitaux publics que les hôpitaux privés sont soumis à cette obligation, comme d'ailleurs l'est tout citoyen en vertu de son devoir d'assister les personnes en danger. Il ne fait donc aucun doute que les hôpitaux publics et privés bruxellois sont obligés de traiter les patients en situation d'urgence, indépendamment de leur capacité de payer. De la même façon, le code de déontologie applicable aux médecins leur permet explicitement de refuser des patients, sauf dans les situations d'urgence¹⁹¹.

- (172) Ensuite, les plaignants s'appuient sur un jugement du tribunal de première instance de Bruxelles¹⁹² pour justifier qu'il n'existe aucune différence entre les hôpitaux publics et les hôpitaux privés en ce qui concerne le traitement des «patients sociaux», que ce soit dans une situation d'«urgence» ou de «post-urgence». Ce jugement concerne un cas très spécifique d'aide médicale urgente que le CPAS doit fournir sur la base de l'article 57, paragraphe 2, de la loi CPAS. Le tribunal de première instance de Bruxelles a noté que l'aide médicale urgente n'est en fait jamais fournie par le CPAS lui-même mais plutôt par des services médicaux spécialisés, et que rien ne permet de justifier une quelconque distinction entre service public et service privé à cet égard. Néanmoins, la Commission fait observer que l'obligation de fournir une aide médicale urgente s'applique aux CPAS et non aux hôpitaux qui prodiguent les soins. En l'espèce, un migrant sans-papiers a été admis d'urgence par un hôpital psychiatrique privé bruxellois, qui a demandé au CPAS de payer pour cette aide médicale urgente en raison de la situation d'indigence manifeste du migrant. Le tribunal de Bruxelles a conclu que si un CPAS ne fournit pas l'aide médicale urgente dans un hôpital qu'il gère, il doit payer les coûts des soins prodigués par un hôpital privé dans lequel les services d'urgence ont décidé d'emmener le patient en raison de l'urgence de la situation. Ce jugement concerne clairement une situation exceptionnelle qui déroge au cadre normal d'assistance sociale en vertu duquel le CPAS s'appuie sur ses propres hôpitaux (publics). En l'espèce, cette dérogation résultait du fait que les hôpitaux publics ne fournissent pas les soins psychiatriques qui étaient nécessaires dans cette situation. En outre, le tribunal de Bruxelles a souligné que *«si l'aide est le plus souvent dispensée dans un établissement dépendant du CPAS concerné ou avec lequel il a conclu une convention, il peut arriver que l'hospitalisation se fasse dans un autre établissement, en raison de l'urgence résultant de la situation de la personne à hospitaliser»*. Le tribunal a également noté que si le CPAS concerné (à savoir, celui d'Uccle en l'occurrence) avait créé son propre hôpital psychiatrique ou avait conclu un accord avec un tel hôpital, l'hôpital privé concerné n'aurait pas dû fournir de soins au migrant sans-papiers en question, mais aurait pu demander son transfert vers cet hôpital. Puisque ce n'était pas le cas, il n'y avait aucune autre solution possible et, par conséquent, le CPAS a été enjoint de rembourser l'hôpital privé pour les soins prodigués au patient. Dès lors, le jugement du tribunal de Bruxelles cité par les plaignants permet de conclure que dans certains cas, en raison de l'urgence, des hôpitaux privés peuvent également fournir une aide médicale urgente à des migrants sans-papiers et que le CPAS doit rembourser ces hôpitaux privés lorsqu'il est déchargé de son obligation

¹⁹¹ Voir en particulier l'article 28 du code de déontologie médicale élaboré par le conseil national de l'ordre des médecins (version du 27 juillet 2015).

¹⁹² Voir la note de bas de page 119.

de fournir une aide médicale urgente de cette manière particulière. Par conséquent, le fait que les hôpitaux privés bruxellois puissent fournir une aide médicale urgente dans un nombre limité de cas¹⁹³ ne saurait être interprété comme une obligation générale imposée à ces hôpitaux de traiter tous les patients indépendamment de leur capacité de payer.

- (173) Enfin, en ce qui concerne le principe de non-discrimination [mentionné par les plaignants, voir le considérant (170)], il est évident qu'aucun hôpital en Belgique n'est autorisé à exercer une discrimination fondée sur la situation financière d'un patient (et donc sur le simple fait qu'il soit riche ou pauvre), ou sur tout autre critère personnel (par exemple, origine ethnique ou religieuse). Toutefois, en l'absence de situation urgente, le principe de non-discrimination ne peut pas forcer des hôpitaux à prodiguer des soins gratuitement s'il est clairement prévisible qu'un patient ne sera pas en mesure de payer. Si ces conditions sont remplies dans les situations non urgentes, les hôpitaux disposent d'une justification objective pour établir une distinction en refusant ces patients¹⁹⁴. Comme indiqué ci-dessus [voir le considérant (171)], le code de déontologie qui s'applique aux médecins belges leur permet explicitement de refuser des patients dans les situations non urgentes. Une enquête menée auprès de médiateurs de dettes¹⁹⁵ indique en outre que les médecins et les hôpitaux refusent parfois les patients qui ont eu des difficultés à payer leur traitement dans le passé. Dans ce contexte, il est intéressant de souligner qu'en soi, les hôpitaux ne refusent pas les patients sans ménagement mais ils leur demandent de verser un acompte, ce qui peut ainsi dissuader ceux qui sont démunis. Des données empiriques suggèrent également que des hôpitaux privés renvoient parfois les patients vers un hôpital relevant d'un CPAS¹⁹⁶. C'est pourquoi une loi a été proposée (mais non adoptée) au Sénat belge en 2013 en vue d'interdire le refus de fournir des soins de santé aux patients connaissant des difficultés financières ainsi que le prélèvement d'acomptes¹⁹⁷. Le principe de non-discrimination ne peut donc être invoqué comme imposant à tous les hôpitaux belges (publics et privés) une obligation de traiter tous les patients en toutes circonstances (c'est-à-dire en dehors des situations d'urgence), même si les patients ne peuvent pas payer le traitement.
- (174) De ce qui précède, la Commission conclut qu'il convient d'établir une distinction entre les situations urgentes et non urgentes. En cas d'urgence, les hôpitaux publics et privés sont soumis à la même obligation générale (fondée sur le code pénal belge) de traiter les patients se trouvant dans une situation d'urgence médicale. Cependant,

¹⁹³ En effet, les chiffres fournis par les autorités belges montrent que dans plus de 85 % des cas dans la Région de Bruxelles-Capitale, l'aide médicale urgente est fournie par les hôpitaux IRIS. Ce chiffre doit être mis en regard du fait que les hôpitaux IRIS n'exploitent que 35 % des lits d'hôpitaux de la Région (voir également la note de bas de page 3). Les autres cas sont traités par d'autres prestataires de soins, notamment des médecins généralistes et des hôpitaux privés. Il en est ainsi notamment pour les soins psychiatriques, comme dans le cas décrit au considérant (172), puisque les hôpitaux IRIS ne prodiguent pas ce type de soins.

¹⁹⁴ Une justification similaire pourrait être invoquée, par exemple, par un opérateur postal assurant le service postal universel. Cet opérateur est chargé d'un SIEG, mais il n'est pas obligé de transporter des lettres gratuitement si le client ne peut pas ou ne veut pas payer pour ce service.

¹⁹⁵ Voir l'étude publiée en 2008 par Verbruikersateljee et intitulée «*Is uw portemonnee ook ziek? — Een onderzoek naar medische kosten en schulden*».

¹⁹⁶ Ibidem.

¹⁹⁷ Réunion du Sénat de Belgique du 16 juillet 2013, Proposition de loi visant à améliorer l'accessibilité aux soins de santé, déposée par M^{me} Leona Detiège et consorts. La proposition a expiré en raison des élections fédérales de 2014.

aucune base juridique ne charge les hôpitaux privés ou ne leur impose l'obligation de traiter les patients également dans des situations non urgentes et indépendamment de leur capacité de payer. En effet, ni la LCH ni le code pénal ne prévoient une telle obligation et le principe de non-discrimination ne peut pas non plus être considéré comme imposant une telle obligation. Enfin, l'obligation de fournir une aide médicale urgente aux migrants sans-papiers s'applique aux CPAS, et non aux hôpitaux qui prodiguent ces soins.

L'obligation de soins universelle incombant aux hôpitaux IRIS

- (175) Cependant, contrairement aux hôpitaux privés, les hôpitaux IRIS sont tenus¹⁹⁸ de traiter tous les patients en toute circonstance, y compris dans des situations non urgentes, indépendamment de la capacité des patients de payer et/ou de leur situation en matière d'assurance, sur la base des dispositions spécifiques s'appliquant uniquement aux hôpitaux IRIS, à savoir leurs statuts et les plans stratégiques IRIS, comme indiqué ci-dessous. Comme expliqué ci-dessus [voir le considérant (24)], les hôpitaux IRIS ont été établis par les CPAS pour permettre à ces derniers de remplir leur tâche consistant à fournir une aide sociale à tous ceux qui en ont besoin. Les CPAS sont tenus de fournir une telle aide (y compris des soins médicaux et socio-médicaux) à toute personne et toute famille qui en ont besoin¹⁹⁹. Les CPAS fournissent leurs services gratuitement et ont été créés en particulier pour aider les personnes démunies. Dans ce contexte, l'article 5 des statuts des hôpitaux IRIS dispose ce qui suit:

«(1) Sans préjudice des compétences de l'association faîtière IRIS et des compétences d'iris-achats ainsi que des autres organismes que l'association faîtière IRIS pourrait créer en vertu de l'article cent trente-cinq undecies de la loi du huit juillet mil neuf cent septante-six organique des Centres publics d'action sociale et dans le respect des dispositions légales et réglementaires, l'association dispose des pouvoirs les plus étendus dans l'exercice de sa mission hospitalière.

Elle exerce cette mission dans le souci, d'une part, d'assurer une médecine de qualité, au meilleur coût, à toute personne quels que soient ses revenus, ses conditions d'assurabilité, ses origines et ses convictions philosophiques et, d'autre part, d'atteindre l'équilibre financier durable de l'association.»²⁰⁰

¹⁹⁸ Dans la pratique, les hôpitaux sont responsables de l'admission des patients (à la fois pour les consultations et les hospitalisations), de la facturation et du suivi en cas de non-paiement. La majorité des médecins du CHU Saint-Pierre, du CHU Brugmann, de l'HUDERF et de l'institut Bordet perçoivent un salaire, tandis que les autres médecins sont payés sur la base des factures liées au traitement qu'ils fournissent indépendamment du fait que le patient paie ou non. En conséquence, aucun des médecins de ces hôpitaux n'a de raison de refuser les patients qui ne peuvent pas payer. Les médecins travaillant pour les hôpitaux Iris Sud doivent respecter les règles générales de l'hôpital dans au moins 80 % de leur emploi du temps, alors qu'ils peuvent choisir de gérer un cabinet privé dans maximum 20 % de leur emploi du temps. Pendant ces 80 % de leur emploi du temps, les médecins doivent appliquer les tarifs INAMI et travailler sur la base du principe selon lequel tous les patients doivent être traités en conformité avec l'obligation incombant aux hôpitaux IRIS. De cette façon, les hôpitaux Iris Sud veillent à ce que tous les patients soient traités, indépendamment de leur capacité de payer.

¹⁹⁹ L'article 57, paragraphe 2, de la loi CPAS restreint la mission du CPAS dans deux circonstances spécifiques, à savoir pour les étrangers séjournant illégalement en Belgique (c'est-à-dire les migrants sans-papiers) et pour les enfants de ces étrangers.

²⁰⁰ Gras ajouté.

- (176) De même, l'introduction du plan stratégique IRIS 1996-2001 indique ce qui suit:
- «Afin d'accomplir sa tâche sociale à chaque moment, l'hôpital public du réseau IRIS offrira la gamme de services **garantissant à chacun des soins de qualité optimale aux conditions financières généralement acceptables pour tous et sera accessible à tout patient, indépendamment de ses revenus, de sa condition d'assurabilité, de ses origines et de ses convictions idéologiques**»²⁰¹.*
- (177) Cette même introduction ajoute:
- «L'objectif **premier** du plan iris est le maintien à Bruxelles d'un réseau hospitalier public renforcé et **accessible à chacun, quels que soient ses revenus, sa situation d'assurabilité, ses origines, ses convictions idéologiques et philosophiques.**»²⁰²*
- (178) Dans une autre section de ce plan, il est noté que la charte du patient IRIS garantira
- «**L'accès pour tous les patients, sans distinction selon les origines, les revenus, les convictions philosophiques et idéologiques, la situation d'assurabilité.**»²⁰³*
- (179) En outre, le plan stratégique IRIS 1996-2001 comprend une sous-section 2.5.4 intitulée «Prise en charge et traitement de toute personne se présentant dans un des hôpitaux du réseau iris» qui contient les prescriptions suivantes:
- «Les hôpitaux publics [à savoir les hôpitaux IRIS] ont pour vocation de base de **prodiguer une médecine sociale**; celle-ci leur impose de répondre aux exigences de missions sociales, et ce, **même si cette fonction n'est pas reconnue dans l'arsenal législatif et réglementaire qui régit le secteur hospitalier.***
- Les hôpitaux publics ont pour vocation **d'accueillir et de dispenser des soins à tous les patients** quelles que soient leurs origines, leurs conditions, leur culture, leurs convictions et leurs pathologies. Il s'en suit que parce qu'ils sont publics, nos hôpitaux doivent répondre aux principes d'universalité, d'égalité, de continuité et de changement.*
- 1. **Le principe d'universalité impose l'accueil de tous les patients quels qu'ils soient. L'hôpital doit donc offrir une médecine du plus haut niveau possible afin de pouvoir répondre aux besoins de tous.***
 - 2. **Le principe d'égalité, droit constitutionnel, prescrit d'accueillir toutes les personnes sans discrimination aucune. [...]**»²⁰⁴*
- (180) De ce qui précède, il ressort clairement que la capacité des patients de payer et leur situation en matière d'assurance ne sont pas prises en considération lors de leur admission dans les hôpitaux IRIS, de sorte que l'accès aux soins de santé est garanti pour tous, y compris dans des situations non urgentes. Plusieurs éléments du plan stratégique IRIS 1996-2001 démontrent également la nature sociale des soins hospitaliers dispensés par les hôpitaux IRIS (par exemple, «pour être en mesure de poursuivre la dispensation d'**une médecine dénuée de toute logique marchande**»²⁰⁵)

²⁰¹ Section «Objectifs généraux du plan stratégique» (page 2). Gras ajouté.

²⁰² Section «Objectifs généraux du plan stratégique» (page 2). Gras ajouté.

²⁰³ Section «Objectifs contributifs» (page 52). Gras ajouté.

²⁰⁴ Section «Objectifs contributifs» (page 54). Gras ajouté.

²⁰⁵ Section «Axes structurants» (page 3). Gras ajouté.

et la forte volonté d'offrir des soins de qualité à toutes les couches de la population bruxelloise, en particulier aux plus démunis²⁰⁶.

- (181) Le plan stratégique IRIS couvrant la période 2002-2014 reprend certains des principes essentiels (accès pour tous les patients, augmentation de l'accessibilité pour les pauvres) notamment en citant l'article 5 des statuts des hôpitaux IRIS²⁰⁷ [voir aussi le considérant (175)] et l'objectif premier du plan stratégique IRIS couvrant la période 1996-2001²⁰⁸ [voir le considérant (177)], ainsi qu'en renvoyant à la charte du patient IRIS²⁰⁹ [voir le considérant (178)], et ajoute ce qui suit:

«Les services publics se définissent selon trois principes essentiels que sont l'universalité, l'égalité et la continuité. Selon ces trois principes, et parce qu'ils sont publics, les hôpitaux du réseau IRIS

- reçoivent tous les patients quels qu'ils soient,

- soignent tous les patients sans aucune discrimination,

- s'engagent à organiser la prise en charge des patients et à garantir toutes les possibilités de soins qu'ils requièrent.»²¹⁰

- (182) Sur la base des éléments qui précèdent, la Commission conclut que les hôpitaux IRIS sont tenus de traiter tous les patients, en toute circonstance (à la fois dans des situations urgentes et non urgentes), même s'ils ne peuvent pas ou ne pourront vraisemblablement pas payer leur traitement et/ou ne sont pas assurés. Cette obligation est prévue et imposée aux hôpitaux IRIS dans leurs statuts et dans les plans stratégiques IRIS cités ci-dessus qui sont contraignants pour les hôpitaux IRIS et qui sont fondés sur l'obligation de fournir une aide sociale découlant de la loi CPAS (une obligation qui est déléguée par les CPAS aux hôpitaux IRIS au moyen de ces statuts et plans stratégiques).

Incidence pratique de l'obligation de soins universelle incombant aux hôpitaux IRIS

- (183) La Commission note également que la conclusion ci-dessus, à savoir le fait que les hôpitaux IRIS sont tenus de traiter tous les patients en toute circonstance (c'est-à-dire à la fois dans des situations urgentes et dans des situations non urgentes) et indépendamment de la capacité des patients de payer, tandis que les hôpitaux privés ne sont tenus de traiter tous les patients qu'en situation d'urgence (à savoir lorsque les soins sont nécessaires immédiatement dans une situation constituant une menace pour la vie), est en outre confirmée par les différents profils des patients traités par les hôpitaux IRIS et les hôpitaux privés de la Région de Bruxelles-Capitale et par les politiques de tarification respectives de ces hôpitaux.
- (184) Il convient tout d'abord de noter que le plan stratégique 2002-2014 mentionne également les recettes moins élevées²¹¹ et les coûts supérieurs²¹² liés au traitement

²⁰⁶ Voir à cet égard la section «Objectifs contributifs» (page 74): *accroître notre accessibilité à toutes les couches de la population, et en particulier aux moins favorisés* [gras ajouté].

²⁰⁷ Voir la section «Introduction» (page 7).

²⁰⁸ Voir la section «Introduction» (page 10).

²⁰⁹ Voir la section «Le projet hospitalier» – Un hôpital orienté vers le patient» (page 79).

²¹⁰ Voir la section «Les missions spécifiques de l'hôpital public» (page 85) [gras ajouté].

²¹¹ Voir la section «Introduction» (page 12), qui fait observer que les hôpitaux IRIS traitent proportionnellement moins de patients auxquels l'hôpital peut facturer des suppléments (qui constituent une source supplémentaire de revenus pour les hôpitaux).

des patients qui se trouvent dans une situation précaire sur le plan socio-économique, lesquels constituent une partie importante des patients des hôpitaux IRIS. Dans ce contexte, il est intéressant de souligner que les hôpitaux IRIS ont convenu avec leurs médecins que les suppléments [voir le considérant (46)(c) pour de plus amples informations] ne peuvent pas être facturés aux patients du CPAS ni aux patients à faible revenu (c'est-à-dire à ceux qui ont droit à un remboursement plus élevé de la part de l'INAMI). En outre, le pourcentage des admissions en chambres individuelles (à savoir les seules chambres où des suppléments peuvent être facturés) est bien inférieur à la moyenne pour la Région de Bruxelles-Capitale²¹³. Les chiffres disponibles fournis par une des mutuelles²¹⁴ montrent en outre que lorsqu'un supplément est facturé par les hôpitaux IRIS, son montant est également beaucoup plus faible que la moyenne de la région (soit entre 25 % et 67 % de moins). En comparaison, pour la période considérée, certains hôpitaux privés bruxellois ont facturé à leurs patients un montant supérieur en moyenne de 180 % par rapport aux prix fixés par le système de sécurité sociale.

- (185) L'obligation de soins universelle a été confiée aux hôpitaux IRIS afin de veiller à ce que les patients qui ne sont pas en mesure de payer, qui ne disposent pas d'assurance privée et qui ne sont pas susceptibles de percevoir un remboursement (même partiel) de la sécurité sociale, bénéficient des soins médicaux dont ils ont besoin. Un sous-groupe important de ces patients comprend les migrants sans-papiers précités, car ils ne sont pas couverts par la sécurité sociale belge et ne sont généralement pas en mesure de se payer des soins. Dans 85 % des cas dans la Région de Bruxelles-Capitale, ces migrants reçoivent une aide médicale urgente de la part des hôpitaux IRIS [voir le considérant (172)], bien que ces hôpitaux n'exploitent que 35 % des lits d'hôpitaux de cette région. Un autre indicateur révélateur est le classement²¹⁵ du service public fédéral de la santé publique qui classe l'ensemble des hôpitaux belges sur la base du profil socio-économique de leurs patients [voir le tableau 1 et le considérant (40)]. Ce classement reflète entre autres la proportion de patients qui ne peuvent pas payer et qui ne sont pas couverts par la sécurité sociale, et pour lesquels les CPAS²¹⁶ peuvent rembourser les frais de traitement [voir aussi les considérants (187) à (188)]²¹⁷. Pour la période 2007-2013 et pour l'ensemble de la Belgique, les trois premières places du classement sont toutes occupées par les hôpitaux IRIS (l'institut Bordet et l'HUDERF étant des exceptions en raison de leur caractère spécialisé). Pour la même période, les hôpitaux privés bruxellois n'occupent, par contre, aucune des 20 premières positions, ce qui indique que le

²¹² Voir la section «Introduction» (page 13), qui fait référence à une estimation (de 2001) du coût supplémentaire découlant de l'admission de patients présentant un (plus) faible profil socio-économique. Ce coût se chiffrerait à quelque 10,4 millions d'euros par an et serait en hausse.

²¹³ L'exception étant l'institut Bordet, où le pourcentage est supérieur à la moyenne, ce qui peut s'expliquer par la gravité de la pathologie (à savoir, le cancer) traité dans cet hôpital.

²¹⁴ Il s'agit des organismes privés chargés du remboursement des frais médicaux dans le système belge de sécurité sociale (en particulier l'assurance soins de santé et invalidité obligatoire).

²¹⁵ Le financement au titre de la section B8 du BMF est alloué sur la base de ce classement [voir également considérant (189)].

²¹⁶ Le service public fédéral pour l'intégration sociale peut alors rembourser les CPAS pour autant que certaines conditions soient remplies (voir également la note de bas de page 257 concernant la base juridique applicable).

²¹⁷ Le classement tient également compte de la proportion de patients qui sont couverts par la sécurité sociale mais qui doivent verser une contribution propre moins élevée à l'hôpital parce qu'ils sont admissibles soit 1) au «maximum à facturer social», soit 2) au «maximum à facturer pour les patients isolés à faible revenu».

profil socio-économique moyen de leurs patients est sensiblement meilleur que celui des patients des hôpitaux IRIS. Même si les critères utilisés pour établir ce classement ne concernent pas seulement les patients qui ne peuvent pas payer ou qui ne sont pas assurés, ce dernier contredit également l'affirmation des plaignants selon laquelle les hôpitaux privés bruxellois ont l'obligation de traiter tous les patients en toute circonstance et confirme qu'une telle obligation incombe uniquement aux hôpitaux IRIS. En effet, si une telle obligation incombait aux hôpitaux privés bruxellois, on pourrait s'attendre à ce qu'ils occupent un rang plus élevé dans le classement.

Tableau 1: Classement des hôpitaux en fonction du profil socio-économique de leurs patients réalisé par le service public fédéral de la santé publique (*= hôpitaux IRIS, += hôpitaux privés bruxellois)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
CHU Saint-Pierre*	1 ^{er}	1 ^{er}	1 ^{er}	1 ^{er}	1 ^{er}	1 ^{er}	1 ^{er}
CHU Brugmann*	2 ^e	2 ^e	2 ^e	2 ^e	2 ^e	2 ^e	2 ^e
Hôpitaux IRIS Sud*	5 ^e	3 ^e	3 ^e	3 ^e	3 ^e	3 ^e	3 ^e
HUDERF*	62 ^e	4 ^e	4 ^e	6 ^e	Aucun chiffre	5 ^e	Aucun chiffre
Institut Bordet*	23 ^e	16 ^e	31 ^e	34 ^e	Aucun chiffre	18 ^e	35 ^e
Clin. Ste Anne St Rémi⁺	52 ^e	42 ^e	52 ^e	62 ^e	40 ^e	32 ^e	28 ^e
Clinique Saint Jean⁺	25 ^e	21 ^e	44 ^e	59 ^e	39 ^e	27 ^e	Aucun chiffre
Cliniques de l'Europe⁺	64 ^e	24 ^e	90 ^e	93 ^e	61 ^{er}	63 ^e	62 ^e
CHIR Edith Cavell⁺	110 ^e	103 ^e	108 ^e	105 ^e	Aucun chiffre	105 ^e	103 ^e
Clinique Univ. Erasme⁺	49 ^e	41 ^e	48 ^e	58 ^e	51 ^e	41 ^e	36 ^e
Clinique Univ. St Luc⁺	93 ^e	67 ^e	95 ^e	94 ^e	76 ^e	Aucun chiffre	Aucun chiffre
UZ Brussel⁺	80 ^e	74 ^e	91 ^e	97 ^e	78 ^e	Aucun chiffre	Aucun chiffre

- (186) Il convient de replacer dans son contexte le renvoi des plaignants à une publication des Mutualités Chrétiennes de février 2004 [voir le considérant (72)], qui ne concerne que l'année 2001 et qui démontrerait que les hôpitaux privés traitent plus de 60 % des «patients sociaux» dans la Région de Bruxelles-Capitale. Le terme «patients sociaux» peut donner l'impression de couvrir les patients qui ne peuvent pas payer un traitement et qui relèveraient donc tous de l'obligation de soins universelle. Ce n'est toutefois pas le cas pour les raisons suivantes:

- Premièrement, la définition des «patients sociaux»²¹⁸ figurant dans la publication concerne uniquement les personnes qui sont assurées par la sécurité sociale belge²¹⁹ et ne comprend donc pas les patients qui ne peuvent pas payer et qui ne sont pas couverts par la sécurité sociale. C'est cependant ce dernier groupe qui bénéficie le plus de l'obligation de soins universelle et qui représente la plus grande charge financière pour les hôpitaux IRIS [voir aussi les considérants (187) à (188)]. Sur la base de la définition large utilisée dans la publication, près de 20 % des admissions dans les hôpitaux privés (contre environ 26 % dans les hôpitaux publics) bruxellois auraient concerné des «patients sociaux», et les hôpitaux privés auraient traité près de 66 % du nombre total de ces patients en 2001.
- Deuxièmement, même les «patients précaires»²²⁰, que la publication définit comme un sous-groupe des «patients sociaux», sont couverts par la sécurité sociale et il n'y a aucune raison de supposer qu'ils ne peuvent pas payer le montant restant à leur charge. On pourrait toutefois soutenir que ces «patients précaires» seraient davantage susceptibles de ne pas être en mesure de payer le montant restant à leur charge à l'hôpital. La publication démontre que les hôpitaux publics traitent environ 48 % des «patients précaires», contre 52 % pour les hôpitaux privés bruxellois. Or, proportionnellement, les hôpitaux publics traitent un nombre beaucoup plus élevé de ces patients que ne le laisse supposer leur part de marché (en termes de lits et de nombre d'admissions). En effet, «les patients précaires» représenteraient 9,5 % des admissions dans les hôpitaux publics, contre seulement 4,1 % dans les hôpitaux privés.
- Troisièmement, quoi qu'il en soit, l'observation selon laquelle en 2001, les hôpitaux privés bruxellois auraient traité 52 % de patients «précaires» (contre 66 % de patients «sociaux») n'est pas de nature à modifier la conclusion selon laquelle seuls les hôpitaux IRIS ont une obligation de soins universelle. En effet, en l'absence de toute obligation légale imposant aux hôpitaux privés de traiter tous les patients indépendamment de leur capacité de payer et de leur situation en matière d'assurance, les hôpitaux privés pourraient librement décider de prodiguer des soins aux patients «précaires» ou «sociaux» dans des situations non urgentes et ils pourraient donc revenir sur leur décision à tout moment. En outre, le groupe de patients le plus vulnérable, à savoir ceux qui ne sont pas couverts par la sécurité sociale ni par aucune autre assurance, n'est pas inclus dans les statistiques de la publication. Cela explique également la divergence manifeste entre les chiffres de la publication pour l'année 2001 et le classement du service public fédéral de la santé publique [voir le considérant (185)] pour la période 2007-2013. Alors que le classement du

²¹⁸ La publication des Mutualités Chrétiennes définit les patients sociaux comme des patients qui bénéficient de la «franchise sociale» (par exemple, les retraités qui perçoivent un revenu garanti, les personnes admissibles à une intervention ou une allocation d'invalidité plus élevées, une allocation d'intégration, des allocations familiales plus élevées, et les chômeurs de longue durée). Selon les autorités belges, la notion de «franchise sociale» a été abolie dès 1993 et a été remplacée en droit belge par le «maximum à facturer social».

²¹⁹ Ceci est confirmé par le fait que les tableaux de cette publication s'appuient sur les données des «entités d'assurance», c'est-à-dire les organisations, telles que les mutuelles, qui sont responsables du remboursement des frais médicaux en vertu de la sécurité sociale belge qui est régie par l'INAMI.

²²⁰ La publication des Mutualités Chrétiennes les définit comme des patients qui sont inscrits auprès du CPAS.

service public fédéral tient compte de la proportion de patients qui ne sont pas couverts par la sécurité sociale, les statistiques de la publication ne portent que sur les patients qui le sont.

Pour toutes ces raisons, la Commission estime que la publication des Mutualités Chrétiennes présentant des statistiques pour l'année 2001 ne saurait prouver que les hôpitaux IRIS n'ont pas d'obligation de soins universelle ou que les hôpitaux privés bruxellois ont une obligation comparable.

- (187) L'obligation de soins universelle qui incombe aux hôpitaux IRIS garantit que les patients confrontés à des difficultés financières extrêmes, les réfugiés politiques, les immigrants illégaux, etc., reçoivent un traitement en toute circonstance. Si ces patients ne peuvent pas payer leur traitement et ne sont couverts par aucune assurance (c'est-à-dire ni par la sécurité sociale, ni par une assurance-maladie privée), les CPAS ne couvriront les coûts de ces patients que sous réserve du respect de certaines conditions. Afin de fixer les règles applicables à un tel remboursement, les hôpitaux IRIS et 17 des 19 CPAS de la Région de Bruxelles-Capitale ont conclu des conventions multilatérales dites du «domicile de secours». Pour les soins non urgents, les CPAS orientent les personnes concernées vers les hôpitaux IRIS et s'engagent par écrit (au moyen d'un «réquisitoire») à couvrir le coût du traitement. Si les patients présentent ce réquisitoire, les hôpitaux IRIS envoient la facture directement au CPAS. Pour les soins urgents, cette procédure ne peut bien entendu pas être suivie. Au lieu de cela, le remboursement par le CPAS est subordonné à (i) la présentation d'un certificat médical confirmant la nécessité d'une admission d'urgence ou d'un traitement immédiat de la personne, et à (ii) la situation d'indigence de la personne telle que confirmée par les CPAS en utilisant les informations recueillies par l'hôpital pour compléter une enquête sociale. La collecte des informations requises est une tâche importante pour les départements des services sociaux des hôpitaux IRIS [voir aussi les considérants (210) à (211)]²²¹.
- (188) Pour autant que les conditions mentionnées ci-dessus soient remplies (à savoir la présentation d'un réquisitoire pour les soins non urgents et d'un certificat médical et de l'enquête sociale pour les soins urgents), le CPAS rembourse aux hôpitaux IRIS les coûts liés au traitement des patients qui ne peuvent pas payer leur traitement et qui ne sont pas couverts par une assurance. Cela ne soulage toutefois pas les hôpitaux IRIS de la totalité de la charge découlant de l'obligation de soins universelle. En effet, pour obtenir le remboursement par le CPAS, les hôpitaux IRIS doivent recueillir des informations pour l'enquête sociale (ce qu'ils ont fait pour 25 749 cas en 2012). C'est par exemple l'une des raisons pour lesquelles les hôpitaux IRIS emploient plus de deux fois plus de travailleurs sociaux que les hôpitaux universitaires [voir le considérant (213)]. Cependant, les CPAS ne remboursent pas aux hôpitaux IRIS les coûts liés à la collecte d'informations pour les enquêtes sociales²²². En outre, les CPAS ont des délais de paiement plus longs (dépassant

²²¹ Dans ce contexte, il convient de souligner que, bien que les hôpitaux IRIS fournissent les données alimentant l'enquête sociale, ce sont les CPAS qui décident si une personne est admissible ou non à un remboursement des frais de traitement. La convention du «domicile de secours» précise à cet égard que chaque hôpital IRIS «rassemble, dans la mesure du possible, les premiers éléments constitutifs à l'enquête sociale et les transmet au CPAS».

²²² Étant donné que la collecte d'informations pour les enquêtes sociales ne constitue qu'une tâche parmi d'autres pour les départements des services sociaux des hôpitaux IRIS, ce coût fait partie de la charge globale liée à l'obligation plus étendue des hôpitaux IRIS en matière de services sociaux, qui sera examinée ci-dessous [voir le considérant (213)].

parfois un an) que les mutuelles et les compagnies d'assurance (qui paient dans un délai d'un à deux mois après réception de la facture). En conséquence, les hôpitaux IRIS doivent préfinancer ces coûts pendant une période plus longue que pour les patients «normaux». Le 31 décembre 2010, le CPAS de Bruxelles devait aux hôpitaux IRIS près de 35 millions d'euros (dont environ 71 % concernaient des factures de 2010, 12 % des factures de 2009 et environ 13 % des factures des années antérieures). En appliquant un taux d'intérêt nominal annuel de 2 %, les hôpitaux IRIS ont estimé que le coût inhérent aux délais de paiement plus longs s'élevait à cette date à près de 700 000 EUR²²³. Enfin, toutes les personnes qui peuvent éprouver des difficultés à payer leur facture ne sont pas admissibles à une couverture par le CPAS²²⁴. Sur la base de leur obligation de soins universelle, les hôpitaux IRIS traitent néanmoins les patients pour lesquels les CPAS ne s'engagent pas à couvrir les coûts. Dans une telle situation, les hôpitaux IRIS envoient une facture aux patients qui, dans certains cas, ne seront pas en mesure de payer. Il en résulte que les hôpitaux IRIS doivent faire face à un niveau de créances irrécouvrables qui est beaucoup plus élevé que celui des autres hôpitaux publics et des hôpitaux privés en Belgique²²⁵. Les hôpitaux IRIS ont estimé qu'en 2010, leur montant de dette annulée excédait la moyenne des hôpitaux publics en Belgique d'environ [...] millions d'euros.

- (189) Enfin, il est important de replacer dans son contexte le financement prévu par la section B8 du BMF qui est octroyé aux hôpitaux dont les patients présentent un profil socio-économique faible. Ce financement fédéral restreint est destiné à compenser une partie des coûts liés aux «patients sociaux» (par exemple, en raison du fait qu'en moyenne, ces patients restent plus longtemps à l'hôpital que les autres) mais ne constitue pas une compensation pour une obligation de soins universelle. Le financement au titre de la section B8 ne compense pas les coûts réels supportés par les hôpitaux pour le traitement des patients sociaux (par exemple, les factures non payées par les patients sociaux, la nécessité de disposer de travailleurs sociaux supplémentaires). Un budget fixe (soit environ 25 millions d'euros par an pour l'ensemble de la Belgique) est, en revanche, alloué sur la base du classement des hôpitaux établi en fonction du profil socio-économique de leurs patients [voir le considérant (185)]. Étant donné que les trois premières places de ce classement sont occupées par les hôpitaux IRIS, ces derniers reçoivent également une plus grande

²²³ La Commission note que le taux d'intérêt appliqué par les hôpitaux IRIS semble être conforme aux taux d'intérêt du marché à cette date (à savoir, début 2011). À l'heure actuelle (en 2016), les taux d'intérêt sont beaucoup plus bas, ce qui réduit le coût pour les hôpitaux IRIS. Néanmoins, le délai de paiement plus long reste une charge pesant sur les hôpitaux IRIS puisqu'ils doivent toujours combler un écart de liquidité entre les paiements sortants et entrants.

²²⁴ Le remboursement par le CPAS n'est pas automatique pour les patients pauvres, mais il est le résultat d'une évaluation réalisée au cas par cas par chaque CPAS sur la base de l'enquête sociale (pour les soins d'urgence). Dans ce contexte, les autorités belges notent qu'au cours des trois premiers trimestres de 2015, 749 demandes de remboursement présentées par les hôpitaux IRIS ont été refusées par le CPAS, ce qui représente un montant impayé d'environ 3 millions d'euros. En 2012, les CPAS ont refusé le remboursement de factures demandé par les hôpitaux IRIS pour un montant total de 4 174 200 EUR. Environ 80 % de ces factures concernaient des soins prodigués à des migrants sans-papiers.

²²⁵ Plus précisément, un rapport publié par Belfius Banque indique qu'en 2010, les coûts nets de dettes à court terme annulées (c'est-à-dire les factures qui ne seront pas payées) représentaient en moyenne 0,28 % des recettes des hôpitaux privés en Belgique et 0,40 % des recettes des hôpitaux publics dans le pays. En comparaison, ce coût équivaut à 1,22 % des recettes des hôpitaux IRIS ou trois fois la moyenne pour les hôpitaux publics.

part du financement au titre de la section B8 que les hôpitaux moins bien classés (tels que les hôpitaux privés bruxellois). La raison pour laquelle les hôpitaux tant publics que privés sont en principe admissibles à ce financement est que, même en l'absence d'obligation de soins universelle telle que celle incombant aux hôpitaux IRIS, les hôpitaux peuvent librement choisir de traiter les patients sociaux. Ils peuvent faire ce choix parce que certains patients sociaux sont en mesure de payer ou sont assurés. En fait, pour ce qui est des patients sociaux qui sont couverts par la sécurité sociale, des tarifs souvent inférieurs sont appliqués et l'INAMI paie une plus grande part des coûts, ce qui réduit le risque financier pour l'hôpital. Il s'avère également que tous les CPAS de Belgique n'ont pas choisi d'établir leur propre hôpital. Par conséquent, pour remplir leur obligation d'aide sociale, les CPAS peuvent s'appuyer sur les hôpitaux privés. Dans de telles situations, un hôpital privé traiterait logiquement un certain nombre de patients sociaux et pourrait également bénéficier d'un financement au titre de la section B8 prévu par le BMF. Cependant, dans la Région de Bruxelles-Capitale, les CPAS peuvent compter sur les hôpitaux publics IRIS, ce qui explique pourquoi le classement établi au considérant (185) montre que le profil socio-économique moyen des patients des hôpitaux privés bruxellois est nettement meilleur que celui des patients des hôpitaux IRIS. Pour toutes ces raisons, le financement au titre de la section B8 du BMF ne saurait être considéré comme indiquant l'existence d'une obligation de soins universelle pour tous les hôpitaux belges.

Conclusion sur l'obligation de soins universelle des hôpitaux IRIS

- (190) Sur la base des éléments qui précèdent, la Commission conclut que l'obligation de soins universelle incombe uniquement aux hôpitaux IRIS, fait l'objet d'un mandat clairement établi et est définie dans les statuts des hôpitaux IRIS et dans les plans stratégiques IRIS conformément aux exigences de la loi CPAS [voir les considérants (29) à (30)]. Elle apparaît également dans le classement des hôpitaux établi en fonction du profil socio-économique de leurs patients [voir le considérant (185)]. Cette obligation garantit que les personnes démunies de la Région de Bruxelles-Capitale reçoivent un traitement médical adéquat, même si elles ne peuvent pas payer, y compris dans des situations non urgentes. Les hôpitaux IRIS prodiguent ainsi des soins de santé sociaux répondant aux besoins de la population locale. Comme expliqué au considérant précédent, seule une partie de la charge liée à cette obligation est couverte directement (par exemple, au moyen du remboursement des frais de traitement par les CPAS). C'est pourquoi la charge restante est couverte par la compensation des déficits qui fait l'objet de la présente décision.

II.) Obligation de fournir une offre complète de soins hospitaliers de base sur des sites multiples

- (191) Les autorités belges estiment que les hôpitaux IRIS ont aussi l'obligation spécifique de fournir une offre complète de soins hospitaliers de base sur des sites multiples ou obligation "multisite" dans la Région de Bruxelles-Capitale. Selon les plaignants, on ne sait cependant pas clairement ce que l'obligation de fournir une offre complète de soins hospitaliers de base sur des sites multiples» recouvre, ni dans quelle mesure cette obligation impose des charges supplémentaires aux hôpitaux IRIS. Les plaignants ne prétendent toutefois pas que les hôpitaux privés de Bruxelles ont une telle obligation.
- (192) La Commission constate que la LCH n'impose pas aux hôpitaux (publics ou privés) d'être actifs sur des sites multiples. Par contre, le mécanisme de programmation hospitalière détermine le nombre maximal de lits d'hôpitaux qui peuvent être mis à

disposition dans chaque Région de Belgique. Pour la Région de Bruxelles-Capitale, le nombre de lits d'hôpitaux (généraux) est limité à 7 260 environ et chaque hôpital bruxellois est autorisé à mettre à disposition un certain nombre de lits dans cette limite. En principe, si la capacité d'un hôpital a été approuvée au titre du système de programmation, l'hôpital peut décider librement de regrouper ces lits sur un seul site ou de les répartir sur plusieurs sites dans cette région particulière, et ce dans la mesure qu'il souhaite. De même, il peut décider de dupliquer ou non certains services ou de ne proposer que des types de soins distincts sur chacun de ses sites. Dans ce contexte, certains hôpitaux privés bruxellois ont librement choisi d'être actifs sur plusieurs sites, tandis que d'autres ne sont actifs que sur un seul site²²⁶. Les hôpitaux privés peuvent cependant décider à tout moment de regrouper leurs lits et leurs services sur un seul site²²⁷. Il convient aussi de noter que, dans les limites fixées par le mécanisme de programmation²²⁸, les hôpitaux privés sont aussi libres de choisir les types de soins qu'ils proposent, ce qui leur donne la possibilité de se spécialiser dans les types de soins de santé les plus rentables²²⁹.

L'obligation multisite incombant aux hôpitaux IRIS

- (193) En ce qui concerne les hôpitaux IRIS, les communes et les CPAS privilégient le maintien d'une offre de soins locale par rapport à la concentration de lits d'hôpitaux. Ils ont expressément choisi de fournir une offre complète de soins de base sur l'ensemble des sites, ce qui, en raison de la nécessaire duplication des infrastructures, de l'équipement et des activités, entraîne des surcoûts. C'est sur cette base que lors de la restructuration des hôpitaux bruxellois de 1995, les CPAS et les communes ont délibérément choisi de conserver les services hospitaliers locaux multisites existants, qui fournissent une offre complète de soins, au vu des besoins de la population. Ils ont estimé que le besoin médico-social local à l'origine de la création des hôpitaux publics n'avait pas cessé d'exister. Dans ce contexte, il est à noter que la plupart des sites des hôpitaux IRIS se trouvent dans les communes les plus pauvres de la Région de Bruxelles-Capitale [voir aussi le considérant (202)]. Les autorités publiques ont donc renoncé de leur plein gré aux gains d'efficacité, au détriment de leur intérêt purement financier, et ont choisi de conserver tous les sites hospitaliers existants, alors qu'elles savaient que les mesures fédérales de financement des hôpitaux ne couvriraient pas tous les coûts [du fait, par exemple, de la duplication des infrastructures et des frais d'exploitation, voir aussi considérant (203)]. Ce choix est confirmé dans les plans stratégiques IRIS et oblige donc les hôpitaux IRIS à maintenir tous les sites hospitaliers afin que les patients puissent recevoir tous les soins de base aussi près que possible de leur domicile.
- (194) En particulier, la section «Axes structurants» du plan stratégique IRIS 1996-2001 parle de:

²²⁶ Par exemple, l'hôpital privé *Cliniques de l'Europe* possède un site à Uccle et un autre à Etterbeek, tandis que les *Cliniques universitaires Saint-Luc*, un hôpital privé, ne possède qu'un seul site, à Woluwe-Saint-Lambert.

²²⁷ Un tel choix peut bien-sûr entraîner des coûts qui devraient être compensés par des gains d'efficacité ou qui pourraient se justifier par d'autres considérations jugées pertinentes par la direction des hôpitaux privés.

²²⁸ Non seulement le mécanisme de programmation détermine le nombre total de lits d'hôpitaux par région, mais il fixe aussi les limites par type de service (par exemple, maternité, gériatrie, pédiatrie, psychiatrie, etc.).

²²⁹ Par exemple, tous les hôpitaux privés ne proposent pas de services gériatriques, qui sont moins rentables.

«Maintenance d'une activité d'hospitalisation décentralisée et d'une large couverture ambulatoire. L'activité sera maintenue sur les neuf sites.»^{230,231}

[...]

«Maintenance de l'activité de base sur les différents sites. Les patients, en particulier les patients âgés, pourront ainsi continuer de recevoir des soins hospitaliers à une distance raisonnable de leur domicile.»²³²

(195) Le plan stratégique 1996-2001 souligne aussi que les hôpitaux IRIS traitent essentiellement des patients qui vivent dans le voisinage proche et sont donc qualifiés d'«hôpitaux de proximité»²³³. De plus, les hôpitaux IRIS veulent «accroître l'adéquation de [leurs] services aux besoins de la population bruxelloise, [...] et renforcer [leur] accessibilité à toutes les couches de la population, et en particulier aux moins favorisées»²³⁴.

(196) Le plan stratégique 2002-2014 ajoute:

«IRIS adopte le principe d'une organisation centrée sur les patients, inscrite dans un réseau public d'institutions collaborant entre elles dans le but d'assurer une offre de soins de proximité et spécialisée»²³⁵.

(197) Concernant les soins de proximité, ce plan stratégique ajoute:

«Tenant compte de la répartition géographique des sites IRIS, de leur impact sur la couverture d'une population générale, parfois en souffrance sociale, le premier objectif développé est de garantir sur chaque site une médecine de proximité, de qualité, performante et accessible.

Les hôpitaux IRIS — à l'exception de l'Institut Bordet et de l'Hôpital des Enfants [HUDERF]²³⁶ qui sont des hôpitaux mono-spécialisés de référence — ont une première vocation d'offrir une médecine de proximité, qui répond à une demande locale de patients habitant les communes avoisinantes»²³⁷.

(198) Le plan stratégique IRIS 2002-2014 précise aussi qu'en plus de la médecine de proximité relative aux soins de base, les hôpitaux IRIS proposent des soins spécialisés (autrement dit, une gamme de soins plus large ou plus développée²³⁸). Ces soins ne sont cependant pas proposés sur tous les sites (bien qu'ils le soient généralement sur plusieurs d'entre eux) et font l'objet d'une planification au niveau

²³⁰ Voir la section «Axes structurants» (page 6). Gras ajouté.

²³¹ Le plan stratégique fait référence à neuf sites au lieu de onze (le nombre actuel de sites) parce que deux campus hospitaliers hébergent chacun deux hôpitaux, à savoir l'HUDERF et le CHU-B sur le site Victor Horta à Laeken et l'IB et le CHU-SP sur le site de la Porte de Hal dans la Ville de Bruxelles.

²³² Voir la section «Axes structurants» (page 10). Gras ajouté.

²³³ Voir la section «Contexte et environnement» (page 21): «[...] les hôpitaux publics [les hôpitaux IRIS] dont l'activité est une activité de base à 80% au moins, sont des hôpitaux de proximité, attirant une bonne part de la patientèle de la commune-mère ou des quartiers environnants.»

²³⁴ Voir la section «Objectifs contributifs» (page 74). Gras ajouté.

²³⁵ Voir la section «Le projet hospitalier» (page 36): Gras ajouté.

²³⁶ Il convient de noter que ces deux hôpitaux spécialisés partagent tous les deux un campus avec un autre hôpital IRIS (voir note 231), ce qui garantit la prestation de tous les soins de santé de base sur chaque site. Note de bas de page ajoutée.

²³⁷ Voir la section «Le projet hospitalier» (page 53): Gras ajouté.

²³⁸ De cette façon, l'Institut Bordet et l'HUDERF, qui offrent principalement des soins spécialisés, complètent les trois autres hôpitaux IRIS afin de répondre aux besoins en matière de soins de santé de la population locale.

du réseau IRIS²³⁹. L'objectif est toujours de garantir à la population bruxelloise un accès universel à une offre de soins optimale (au moyen d'une médecine de proximité ou de soins spécialisés)²⁴⁰. Ce plan stratégique contient aussi des tableaux détaillés qui précisent le type de soins de base et de soins spécialisés proposés sur chacun des sites des hôpitaux IRIS. Les activités de soins de base sont désignées de «niveau 1 - niveau de proximité» tandis que les activités de soins spécialisés sont désignées de «niveau 2 - niveau de spécialisation» et «niveau 3 - niveau de référence»²⁴¹. Les hôpitaux IRIS savent donc très clairement quels types de soins ils doivent fournir sur chacun de leurs sites.

(199) Afin de garantir que chaque hôpital IRIS soit pleinement conscient des besoins médicosociaux de la population locale et soit géré en conséquence, la création des hôpitaux IRIS a aussi été expressément liée au maintien d'une «base locale» pour les services hospitaliers publics. En témoignent l'accord de restructuration confirmé par l'accord de coopération du 19 mai 1994²⁴² ainsi que la composition des organes de direction des hôpitaux IRIS²⁴³. Plus particulièrement, conformément à l'article 11 des statuts, la majorité des membres de l'assemblée générale des associations d'hôpitaux IRIS sont élus par le conseil communal et le conseil des services sociaux (organisé au niveau communal) tandis que le bourgmestre et le président du CPAS sont nommés membres ex-officio. De même, 10 des 14 membres du conseil d'administration sont nommés par les membres de la délégation des autorités publiques à l'assemblée générale (comme exigé à l'article 27 des statuts).

(200) L'intention de gérer les hôpitaux IRIS en fonction des besoins médicosociaux de la population locale a été confirmée par la réunion du conseil d'administration du réseau IRIS du 20 novembre 1996, lors de laquelle un amendement au plan stratégique 1996-2001 a été adopté, qui affirme clairement à cet égard:

«Cet ensemble de contraintes, qui nécessitent une restructuration, doivent être rencontrées dans le cadre plus large de nos objectifs stratégiques. Ceux-ci peuvent être rappelés comme suit:

- *le Réseau IRIS des hôpitaux publics doit être au cœur du devenir du système de santé bruxellois;*
- *nos hôpitaux doivent s'adapter aux changements des **besoins de la population bruxelloise**;*
- *la **restructuration du Réseau doit se construire pour et autour du malade**;*

²³⁹ Voir la section «Le projet hospitalier» (pages 53-54)

²⁴⁰ Voir la section «Le projet hospitalier» (page 62):

²⁴¹ Voir la section «Le projet hospitalier» pour une description de ces niveaux (page 37) et les tableaux (pages 55-59).

²⁴² L'article 2 de l'accord de coopération entre l'État fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire commune dispose à cet égard: «*Ce pacte de restructuration doit satisfaire aux conditions suivantes: 1. Présenter des garanties quant au **maintien**, d'une part, **de la spécificité des hôpitaux publics**, entre autres par le choix des structures juridiques et de coordination qui assurent une prépondérance du secteur public dans les organes de gestion et les procédures de décision, d'autre part, **de l'ancrage local, par un renforcement de la représentation des élus directs dans la composition des organes de gestion***» [gras ajouté].

²⁴³ Selon l'article 125 de la loi CPAS, les personnes de droit public disposent toujours de la majorité des voix dans les différents organes d'administration et de gestion de l'association et dans la structure faîtière IRIS.

- *la modernisation du Réseau doit reposer sur un nouvel élan de la communauté hospitalière en général, de la communauté médicale en particulier.»*

(201) Cet amendement ajoute encore:

«Dans ce contexte, la restructuration doit garantir:

- *la poursuite d'activités médicales et de soins sur chaque site hospitalier, conformément à notre mission de médecine de proximité;*
- *la poursuite des objectifs d'équilibre financier;*
- *l'évolution harmonieuse du Réseau dans un souci d'équilibre entre intérêt général et intérêt particulier de chacune des entités;*
- *l'intensification de la coordination et des collaborations entre entités du Réseau;*
- *l'accessibilité du Réseau et le maintien de son caractère public;*
- *[...]»²⁴⁴.*

L'obligation multisite des hôpitaux IRIS, une véritable obligation de service public (SIEG)

(202) La Commission a aussi examiné l'argument des plaignants dans le contexte de l'affaire jugée par le Tribunal (voir la section 4.2), selon lequel les besoins en matière de soins de proximité doivent être considérés au regard du grand nombre d'hôpitaux publics et privés présents dans la région de Bruxelles-Capitale. Comme expliqué ci-dessus, le mécanisme de programmation hospitalière fixe le nombre maximal de lits d'hôpitaux généraux dans la Région de Bruxelles-capitale à 7 260 dans l'objectif d'éviter une offre excessive de services médicaux. Ce nombre de lits est mis à disposition conjointement par les hôpitaux publics et les hôpitaux privés afin de répondre au besoin de soins hospitaliers dans la Région de Bruxelles-Capitale. Le mécanisme de programmation ne prend cependant en considération que les besoins médicaux au niveau régional et ne tient pas compte des besoins sociaux d'une population particulière ni la situation sociale propre à une zone géographique. Ces besoins sociaux sont évalués au titre de la politique d'aide sociale des CPAS (autrement dit, au niveau communal). Les prédécesseurs des hôpitaux IRIS ont été établis pour répondre aux besoins sociaux et, à la suite de la restructuration, les différents sites IRIS ont été maintenus parce qu'ils continuent de répondre à un véritable besoin social [voir les considérants (82) à (84) et (91)]. En effet, c'est parce que les hôpitaux IRIS fournissent le SIEG de soins de santé sociaux qu'il existe aussi une nécessité et une obligation de disposer de sites multiples. Pour les habitants démunis de la Région de Bruxelles-Capitale, il est non seulement important de pouvoir se rendre dans un hôpital proche de son domicile mais aussi d'être sûr de recevoir des soins même si l'on n'est pas en mesure de les payer, et de pouvoir demander une aide des services sociaux. En obligeant les hôpitaux IRIS à maintenir leurs différents sites, la Région de Bruxelles-Capitale et les CPAS veulent garantir que les soins de santé sociaux sont fournis aussi près que possible du lieu où un besoin existe. Dans ce contexte, il convient de souligner que dix des onze sites des hôpitaux IRIS se trouvent dans des communes où le revenu moyen ne dépasse pas la

²⁴⁴

Gras ajouté.

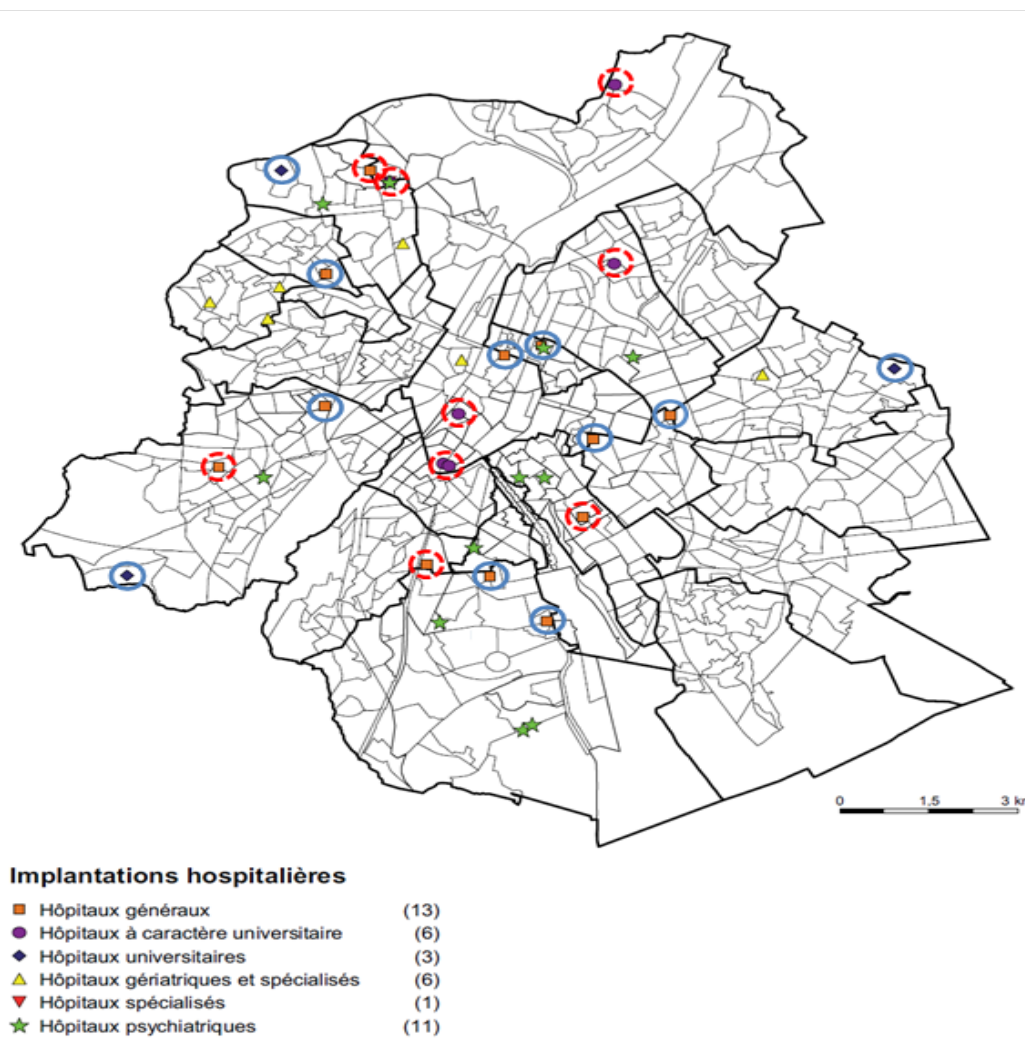
médiane²⁴⁵ pour la Région de Bruxelles-Capitale. Cinq des onze sites des hôpitaux privés se trouvent, au contraire, dans des communes où le revenu moyen est supérieur à cette médiane²⁴⁶. Comme le montre la carte figurant ci-dessous²⁴⁷ (voir le graphique 3), il ne semble pas exister de chevauchement géographique significatif entre les hôpitaux publics (cercles en trait pointillé) et les hôpitaux privés généraux et universitaires (cercles en trait continu) dans la Région de Bruxelles-Capitale. Cela laisse penser que le simple fait qu'un grand nombre d'hôpitaux soient actifs dans la région de Bruxelles-capitale ne suffit pas à garantir l'accès de tous les habitants aux soins hospitaliers. Par ailleurs, comme expliqué ci-dessus, les hôpitaux IRIS sont les seuls hôpitaux de la Région de Bruxelles-capitale à fournir un SIEG de soins de santé sociaux, et les hôpitaux privés ne peuvent donc pas être considérés comme un équivalent lorsqu'il s'agit de répondre aux besoins sociaux de la population locale. Eu égard aux considérations qui précèdent, la Commission conclut que la présence de plusieurs hôpitaux privés dans la Région de Bruxelles-Capitale ne constitue pas un motif permettant de mettre en doute la nature de véritable obligation de service public (SIEG) de l'obligation multisite incombant aux hôpitaux IRIS et non aux hôpitaux privés bruxellois, en particulier à la lumière du SIEG de soins de santé sociaux.

²⁴⁵ La médiane des revenus moyens pour l'année 2012 dans les 19 communes de la Région de Bruxelles-Capitale s'élevait à 13 746 EUR par habitant. Le site hospitalier IRIS restant se trouve à Ixelles, où le revenu moyen s'élève à 14 513 EUR, soit entre la médiane et le troisième quartile (c.-à-d. le 75^e centile) de la Région de Bruxelles-Capitale. Source: Centre d'information, de documentation et de recherche sur Bruxelles (<http://www.briobrusse.be/ned/webpage.asp?WebpageId=345>).

²⁴⁶ Trois de ces cinq sites d'hôpitaux privés se trouvent dans des communes où le revenu moyen par habitant dépasse le troisième quartile (c.-à-d. le 75^e centile) de la Région de Bruxelles-Capitale.

²⁴⁷ La carte originale a été publiée dans le *Tableau de bord de la santé en Région bruxelloise 2010* et reflète la situation au 1^{er} juillet 2009. La Commission a ajouté les cercles et supprimé un hôpital général de la carte (la Clinique des Deux Alice, qui se trouvait à Uccle), car il a fermé fin 2011 (ses activités ont été transférées sur le site de Sainte-Élisabeth de l'hôpital privé *Cliniques de l'Europe*). Un des sites des HIS (Baron Lambert, à Etterbeek) ne figure pas sur la carte, car il ne propose que des soins ambulatoires et ne dispose donc pas de lits d'hôpitaux soumis au mécanisme de programmation.

Graphique 3: Cartes des sites hospitaliers dans la Région de Bruxelles-Capitale



Incidence pratique de l'obligation multisite des hôpitaux IRIS

(203) L'obligation multisite peut aussi être considérée comme une charge pour les hôpitaux IRIS, car cela leur impose de dupliquer certaines infrastructures et engendre des frais d'exploitation plus élevés. Ces frais sont principalement liés à la nécessité de doter chaque site de services tels qu'un service d'urgence, un service de stérilisation, un service de surveillance et de sécurité, et de sa propre administration. En fait, le financement BMF [voir le considérant (46)(a)] n'est octroyé que pour un seul de ces services pour chaque hôpital, quel que soit le nombre de sites qu'il occupe. Les frais d'exploitation relatifs aux divers postes (entretien, chauffage, nettoyage, etc.) s'ajoutent aux frais d'infrastructure et d'équipement. Une étude menée par l'association faîtière IRIS en 2009 a estimé que les coûts de l'obligation multisite qui n'étaient pas couverts par le financement BMF s'élevaient à [...] millions d'euros en 2008 et à [...] millions d'euros en 2009 pour les cinq hôpitaux IRIS pris dans leur ensemble.

Conclusion concernant l'obligation multisite incombant aux hôpitaux IRIS

(204) La Commission conclut qu'en vertu des plans stratégiques IRIS, les hôpitaux IRIS ont l'obligation claire 1) de maintenir tous leurs sites hospitaliers afin de répondre

aux besoins médicosociaux des populations locales respectives et 2) de fournir une offre complète d'activités de soins de base sur l'ensemble de ces sites. En particulier, le plan stratégique IRIS définit les activités qui sont considérées comme des soins de base et comme des soins spécialisés et indique pour chaque site hospitalier IRIS quels types de soins doivent être proposés. Par ailleurs, les dispositions des statuts des hôpitaux IRIS et de la loi CPAS garantissent que les hôpitaux IRIS sont pleinement conscients des besoins médicosociaux de la population locale et sont gérés en conséquence. De plus, l'obligation multisite dépasse les exigences de la LCH et du mécanisme de programmation, car ce dernier ne tient pas compte des besoins sociaux d'une population particulière ni de la situation sociale propre à une zone géographique. Les hôpitaux privés ne sont donc tenus ni d'être actifs sur plusieurs sites ni de fournir une offre complète de soins de base sur chaque site (lorsqu'ils choisissent d'occuper plusieurs sites). Enfin, comme expliqué au considérant précédent, l'obligation multisite génère des coûts non négligeables pour les hôpitaux IRIS, qui ne sont pas couverts par le BMF et qui contribuent donc au déficit des hôpitaux IRIS.

III.) Obligation de fournir des services sociaux étendus

- (205) Enfin, les autorités belges estiment que les hôpitaux IRIS ont l'obligation de fournir des services sociaux étendus aux patients et à leurs familles. Selon les plaignants, l'obligation semble consister uniquement en un volume de services sociaux supérieur à celui proposé par les autres hôpitaux. Dans ce contexte, il est à souligner que ni la LCH ni les conditions d'agrément des hôpitaux (sur la base de l'arrêté royal du 23 octobre 1964) n'imposent une obligation générale de fournir des services sociaux au sein d'un hôpital. Seules quelques règles isolées concernant certains services hospitaliers (les services gériatriques et psychiatriques²⁴⁸) prévoient l'intervention de travailleurs sociaux. De plus, une règle propre aux hôpitaux universitaires prévoit la présence d'un travailleur social pour 2 000 admissions seulement²⁴⁹. En dehors de ces situations particulières, les hôpitaux privés n'ont aucune obligation de fournir des services sociaux à tous leurs patients. Les hôpitaux IRIS, en revanche, sont obligés, sur la base des plans stratégiques IRIS, de disposer de services sociaux qui aident tous les patients qui en ont besoin.

L'obligation de fournir des services sociaux étendus qui incombe aux hôpitaux IRIS

- (206) Le plan stratégique IRIS 1996-2001 présente le contexte général de la prise en charge globale des patients au sein des hôpitaux IRIS, y compris en ce qui concerne les aspects psychosociaux et environnementaux:

«Prise en charge globale des patients: Le patient ne peut être réduit à la pathologie pour laquelle il requiert des soins. Certaines catégories de patients en particulier doivent bénéficier d'une prise en charge globale, tant dans ses aspects purement médicaux que psychosociaux et environnementaux: il s'agit des patients gériatriques, des patients pédiatriques, des patients en phase

²⁴⁸ Par exemple, l'annexe 19 de l'arrêté royal du 23 octobre 1964 (Moniteur belge du 7 novembre 1964, p. 11709) précise que les services neuropsychiatriques qui traitent des patients adultes doivent disposer d'au moins un assistant social pour 120 patients.

²⁴⁹ Arrêté royal du 15 décembre 1978 fixant des normes spéciales pour les hôpitaux universitaires (Moniteur belge du 4 juillet 1979, p. 7818).

*terminale, des patients psychiatriques, des patients socialement défavorisés etc.*²⁵⁰»

(207) Le rôle des services sociaux et leurs principales missions sont décrits plus en détail dans ce plan:

«Les hôpitaux [IRIS] doivent disposer de services sociaux dont le rôle essentiel est de contribuer au bien-être des patients, à la qualité médicale et au fonctionnement optimal de l'institution. Le service social est un collaborateur du Fonctionnaire dirigeant et un partenaire de tous les services de l'hôpital. Il est responsable de l'humanisation des conditions de séjour [des patients à l'hôpital]. Il doit se soucier des difficultés d'ordre social des patients idéalement avant, mais aussi pendant le séjour et à la sortie de l'hospitalisation. Il est le lien privilégié entre le patient, l'hôpital, sa famille et son environnement. Pour ce faire, il doit:

— disposer de temps, de la capacité professionnelle d'évaluer les besoins du patient avec lui, son entourage et les équipes de soins, et de construire avec lui les réponses appropriées;

— avoir accès aux dossiers d'admission et médicaux des patients où il peut indiquer des données sociales aptes à contribuer à la qualité des soins;

— être tenu informé à temps de la date de transfert ou de sortie pour mettre en œuvre les dispositions nécessaires;

— donner un avis sur les patients qui présentent des profils et pathologies complexes;

— mettre en place, avec les services financiers, les mécanismes légaux, étant entendu que la limite de son intervention est déterminée par l'éthique professionnelle de la relation centrée sur le patient dans tous ses aspects sociaux;

— assurer une coordination avec les CPAS;

— connaître les réseaux sociaux et sanitaires existants;

— proposer des améliorations du fonctionnement de l'hôpital;

— disposer d'une infrastructure qui garantisse la confidentialité des échanges et données.

La mission de médecine sociale qui est la vocation des hôpitaux publics implique qu'ils exercent une fonction de coordination des acteurs de la santé, qu'ils participent aux réseaux sanitaires et sociaux, voire en suscitent, et qu'ils participent directement à la création des services annexes IRIS nécessaires pour rencontrer les besoins de la population (hôtel de soins, hôtel des familles, soins palliatifs à domicile, structures d'accueil de toxicomanes, de sans-abri, services de soins à domicile...). Ils procéderont à l'accréditation des organismes avec lesquels ils coopéreront²⁵¹.»

(208) Selon ce plan stratégique, le service social peut aussi jouer un rôle important lors de l'admission des patients:

²⁵⁰ Voir la section «Axes structurants» (page 6). Gras ajouté.

²⁵¹ Voir la section «Objectifs contributifs» (pages 54-55). Gras ajouté.

«L'accueil doit être envisagé de façon différente selon que le patient arrive aux urgences, à la consultation ou aux admissions; l'accueil doit, en tout état de cause, assurer au patient discrétion et confort, et contribuer à apaiser au maximum ses inquiétudes et celles de sa famille. Les services sociaux de nos hôpitaux jouent, à cet égard, un rôle primordial²⁵².»

(209) Le plan stratégique IRIS 2002-2014 ajoute:

«Le service social est indispensable dans l'hôpital public, pour accompagner les patients, tant ambulants qu'hospitalisés. Il consiste à assister les patients et leur famille pour résoudre et gérer des problèmes et des difficultés administratives, financières, relationnelles et sociales liées à l'état de maladie, au séjour et au traitement à l'hôpital, ainsi qu'aux nouvelles perspectives et situations.

Le service social:

— accompagne les patients dans leur autonomie et leur indépendance;

— veille à intégrer dans le soin global les normes, valeurs, culture du patient, il s'articule donc autour d'une aide administrative, d'un accompagnement psychosocial, d'un rôle d'information, de prévention, de sensibilisation, de collaboration et de coordination. Le service social se fera donc à différents niveaux selon que les patients ont besoin d'une aide sociomatérielle, socioadministrative ou psychosociale;

— requiert des compétences de «savoir-faire» et de «savoir être», à la fois théoriques et techniques, ainsi que des qualités personnelles et relationnelles.

[...]

En conclusion, les tâches du service social sont multiples:

— assurer l'insertion du patient dans l'hôpital et préparer sa sortie, aux meilleures conditions, vers un lieu de vie approprié,

— aider le patient à retrouver une couverture sociale lui permettant de couvrir ses frais de santé.

En cela, le service social et tous les travailleurs sociaux poursuivent les mêmes objectifs et intérêts que l'hôpital et leur activité spécifique a un impact sur la réduction des séjours hospitaliers et sur le recouvrement par l'hôpital des frais engagés²⁵³.»

(210) Le rôle des services sociaux dans le recouvrement des frais de traitement auprès des CPAS [voir aussi considérant (187)] est aussi confirmé dans le texte du plan stratégique IRIS 2002-2014. Ce dernier souligne en particulier que parmi les tâches des services sociaux figure la préparation d'enquêtes de solvabilité concernant les patients:

«Le service social établit un dossier social informatisé qui doit pouvoir suivre les patients dans le réseau [IRIS]. Il réalise les enquêtes de solvabilité [concernant les patients], il remplit les codes «V» du RCM²⁵⁴ et autres

²⁵² Voir plan stratégique 1996-2000, section «Axes structurants» (page 10). Gras ajouté.

²⁵³ Voir la section «Les missions spécifiques de l'hôpital public» (page 82). Gras ajouté.

²⁵⁴ Le RCM, résumé clinique minimum, est un résumé normalisé concis des antécédents médicaux du patient que les hôpitaux généraux sont tenus d'enregistrer depuis 1990. Il est entre autres utilisé pour

enregistrements imposés par la réglementation. Ce dossier [social] sera dès que possible relié au dossier médical et aux systèmes informatiques centraux. Cet enregistrement du dossier social doit pouvoir constituer un tableau de bord des missions sociales de l'hôpital public [IRIS]²⁵⁵.»

- (211) Ces tâches concernent la collecte des informations requises pour les «enquêtes sociales» qui sont nécessaires afin de déterminer si les patients remplissent les conditions requises pour que le CPAS couvre leurs frais médicaux [voir aussi considérants (187)-(188)]. Plus précisément, les travailleurs sociaux de l'hôpital collectent les informations utiles²⁵⁶ pour permettre au CPAS de vérifier, conformément à ses obligations juridiques²⁵⁷, l'indigence d'un patient et donc de pouvoir décider si un remboursement par le CPAS est justifié.

Incidence pratique de l'obligation de fournir des services sociaux étendus qui incombe aux hôpitaux IRIS

- (212) Le personnel des services sociaux des hôpitaux IRIS a reçu une formation spécifique et suit un code d'éthique professionnel compte tenu de son rôle de liaison entre les différents services au sein de l'hôpital (notamment les médecins, le personnel infirmier, la facturation et les admissions) ou en dehors (par exemple, la couverture de sécurité sociale, les soins et l'aide à domicile, les aspects linguistiques et culturels).
- (213) Afin d'évaluer le coût de ses services sociaux, le réseau IRIS a comparé le coût réel des travailleurs sociaux employés dans les hôpitaux IRIS avec un niveau raisonnable correspondant à un travailleur social pour 2 000 admissions (soit l'obligation qui s'applique aux hôpitaux universitaires). Cette analyse montre que les cinq hôpitaux IRIS employaient 81,1 travailleurs sociaux²⁵⁸, alors que sur la base du niveau raisonnable, ils n'en emploieraient que 36,7. La différence est donc de 44,4, ce qui indique que les hôpitaux IRIS emploient plus du double du nombre de travailleurs sociaux que suppose la règle applicable aux hôpitaux universitaires. Cela illustre bien que les exigences des plans stratégiques obligent les hôpitaux IRIS à fournir une gamme de services sociaux bien plus large que le minimum (par exemple, pour les services gériatriques et psychiatriques) qui s'applique aux autres hôpitaux non universitaires (qu'ils soient publics ou privés). Le fait que les hôpitaux privés non universitaires bruxellois emploient aussi des travailleurs sociaux peut s'expliquer par ces exigences minimales plutôt que par une obligation globale de fournir des services sociaux à leurs patients. De même, comme démontré ci-dessus, les hôpitaux IRIS vont bien au-delà de l'exigence de base d'un travailleur social pour 2 000 admissions

déterminer les besoins en équipement hospitalier, pour définir les normes qualitatives et quantitatives pour l'accréditation des hôpitaux et de leurs services et pour organiser le financement des hôpitaux. Les codes «V» concernent les facteurs qui influencent l'état de santé du patient et le contact avec les services de santé. Ces codes peuvent être utilisés pour indiquer les problèmes socioéconomiques, juridiques et familiaux qui peuvent avoir une incidence sur le séjour du patient.

²⁵⁵ Voir la section «Les missions spécifiques de l'hôpital public» (page 83). Gras ajouté.

²⁵⁶ Par exemple, les travailleurs sociaux des hôpitaux IRIS ont collecté des informations dans le cadre de 25 749 enquêtes sociales en 2012. Cela représente environ 5,4 % des patients hospitalisés cette année-là.

²⁵⁷ Cette obligation découle de l'article 60, paragraphe 1, de la loi CPAS, de l'article 9 bis de la loi du 2 avril 1965 (pour l'éventuel remboursement par le service public fédéral pour l'intégration sociale au CPAS, sous réserve que certaines conditions soient remplies) et de la circulaire du 25 mars 2010 concernant l'enquête sociale (Moniteur belge du 6 mai 2010, p. 25432).

²⁵⁸ Ce chiffre représente le nombre d'équivalents temps plein (ETP).

qui s'applique aux hôpitaux universitaires en Belgique. En conséquence, le coût non financé des services sociaux des hôpitaux IRIS s'élevait à [...] million EUR en 2010²⁵⁹. L'obligation de fournir des services sociaux étendus représente donc une charge significative pour les hôpitaux IRIS, que les hôpitaux privés bruxellois ne doivent pas assumer.

Conclusion concernant l'obligation de fournir des services sociaux étendus qui incombe aux hôpitaux IRIS

- (214) Eu égard aux considérations qui précèdent, la Commission conclut que contrairement aux hôpitaux privés bruxellois, les hôpitaux IRIS ont l'obligation d'assurer un service social élaboré qui aide les patients et leurs familles à résoudre et à gérer les problèmes administratifs, financiers, relationnels et sociaux. Cette obligation est définie dans les plans stratégiques IRIS, qui l'imposent aux hôpitaux IRIS. L'existence de cette obligation de fournir des services sociaux étendus se traduit par le grand nombre de travailleurs sociaux employés par les hôpitaux IRIS, bien supérieur à ce qui est de mise pour les autres hôpitaux belges. Les services sociaux des hôpitaux IRIS ont notamment pour tâches de se charger des difficultés susmentionnées rencontrées par les patients non seulement au cours de leur séjour mais aussi à leur sortie de l'hôpital, d'aider les patients à obtenir une couverture de sécurité sociale qui leur permette de payer leurs frais médicaux, de réaliser des enquêtes sociales et d'échanger des informations avec les autres services de l'hôpital ainsi qu'avec les CPAS. Cette obligation et la charge qu'elle représente sont étroitement liées aux autres obligations qui constituent le SIEG de soins de santé sociaux [voir le considérant (167)]. En effet, c'est parce que les hôpitaux IRIS ont l'obligation de traiter tous leurs patients en toute circonstance et indépendamment de leur capacité de payer qu'ils font face à une plus grande demande de travailleurs sociaux. Ce sont précisément les patients démunis et leurs familles qui ont besoin de services sociaux supplémentaires et c'est pour ceux-ci qu'une enquête sociale doit être réalisée. Par ailleurs, c'est aussi parce que les hôpitaux IRIS ont l'obligation de maintenir des sites multiples que le nombre de travailleurs sociaux est supérieur au nombre auquel on peut raisonnablement s'attendre [soit un travailleur social pour 2 000 admissions, voir le considérant (213)].

IV.) Conclusion concernant les obligations supplémentaires

- (215) La Commission conclut que les hôpitaux IRIS assurent un SIEG en matière de services de santé sociaux qui, outre leur mission hospitalière de base, inclut une obligation 1) de traiter tout patient en toute circonstance (y compris en situation de non-urgence), indépendamment de la capacité des patients de payer, 2) de fournir une offre complète de soins hospitaliers de base sur des sites multiples et 3) de compléter les soins médicaux par une aide étendue assurée par leurs services sociaux élaborés. Cette combinaison d'obligations garantit que les besoins sociaux particuliers de la population bruxelloise en matière de services hospitaliers sont satisfaits et garantit l'accessibilité à des soins hospitaliers de qualité pour tous et en particulier pour les plus démunis. Aucune obligation supplémentaire de ce type ne s'applique aux hôpitaux privés bruxellois, qui sont uniquement chargés de la mission hospitalière de base définie par la LCH. Le SIEG de soins de santé sociaux n'est donc fourni que par les hôpitaux IRIS, car ce sont les seuls à devoir remplir des

²⁵⁹

Le BMF prévoit un financement pour les travailleurs sociaux (pour les domaines, tels que la gériatrie, où il existe une exigence minimale), mais celui-ci ne s'élevait qu'à 400 000 EUR environ en 2010.

obligations plus strictes et plus vastes en plus des exigences minimales (à savoir la mission hospitalière de base) qui s'appliquent à tous les hôpitaux de Belgique en vertu de la LCH. L'exécution de ce SIEG de soins de santé sociaux s'accompagne de coûts considérables pour les hôpitaux IRIS, qui ne sont pas, ou ne sont que partiellement, couverts par les sources de financement communes aux hôpitaux publics et privés et qui entraînent par conséquent les déficits déclarés par les hôpitaux IRIS. Afin d'assurer la continuité de leurs hôpitaux publics, les CPAS et les communes de Bruxelles concernés doivent donc compenser les déficits des hôpitaux IRIS comme décrit aux points 7.3.4.4 et 7.3.5 ci-après.

7.3.4.2. L'entreprise mandatée et, s'il y a lieu, le territoire concerné

(216) Chaque hôpital IRIS possède ses propres statuts qui spécifient son objectif, et les plans stratégiques IRIS s'appliquent à chacun des cinq hôpitaux IRIS. De plus, comme tous les hôpitaux belges, les hôpitaux IRIS ont reçu une autorisation individuelle dont ils ont besoin pour pouvoir prétendre aux autres types de financement public (tels que le BMF). Ces mandats ne spécifient pas de territoire pour l'exécution de leur SIEG.

7.3.4.3. Droits exclusifs ou spéciaux

(217) Les hôpitaux IRIS ne jouissent d'aucun droit exclusif ou spécial.

7.3.4.4. Le mécanisme de compensation

(218) Le mécanisme de compensation des déficits est décrit à l'article 46 des statuts de chacun des cinq hôpitaux IRIS. Cet article est actuellement libellé comme suit (voir aussi la note de bas de page 47):

«Sans préjudice de l'article cent neuf [de la LCH], le résultat de l'exercice est attribué entre les associés disposant d'au moins un cinquième de la totalité des voix au sein de l'Assemblée générale, par délibération de l'Assemblée générale.»

(219) Il ressort clairement de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS que:

- cette compensation des déficits est sans préjudice du mécanisme prévu à l'article 109 de la LCH (à présent article 125 de la LCH dans la version de la loi du 10 juillet 2008), qui exige que les communes couvrent le déficit de leur hôpital public, à l'exclusion de certaines activités²⁶⁰. Cependant, comme expliqué ci-après [voir le considérant (235)], la compensation des déficits de l'article 109 n'a pas d'incidence réelle dans le cas présent puisque dès la réception, les hôpitaux IRIS remboursent immédiatement ces montants à la commune;
- le résultat à couvrir est celui qui figure dans les comptes de l'hôpital [il concerne le déficit comptable de l'hôpital dans son ensemble et inclut donc aussi le résultat des activités connexes de l'hôpital IRIS, voir aussi le considérant (41)]. Contrairement à l'article 109 de la LCH, l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS n'exclut pas certaines activités du déficit. Cependant, il est également clair que la compensation ne peut pas dépasser le montant du déficit comptable, étant donné qu'elle est limitée au résultat de l'exercice financier;

²⁶⁰

Un arrêté royal (actuellement, l'arrêté royal du 8 mars 2006) fixe la méthode de calcul du déficit que les communes sont tenues de couvrir en vertu de l'article 109 de la LCH.

- seuls les partenaires qui possèdent un cinquième des voix à l’assemblée générale sont tenus de contribuer à la couverture du déficit. En pratique, cela signifie que seuls les communes et les CPAS doivent assurer cette couverture²⁶¹.

(220) Étant donné que les hôpitaux IRIS n’exécutent qu’un SIEG et des activités connexes, l’article 46 des statuts de chaque hôpital IRIS établit un mécanisme de compensation clair en indiquant que le résultat de l’exercice (sans aucune exception) doit être couvert. Ce résultat est déterminé sur la base d’un ensemble clair de principes comptables qui s’appliquent de la même manière aux hôpitaux publics et privés belges. De plus, chaque hôpital est tenu (en vertu des articles 80 à 85 de la LCH) de nommer un auditeur indépendant qui vérifie ses comptes et ses résultats [voir le considérant (49)].

(221) En exigeant que l’ensemble du déficit de l’hôpital IRIS soit couvert, l’article 46 des statuts va au-delà de l’exigence minimale prévue par l’article 109 de la LCH. La raison de cette couverture totale du déficit pour l’exécution du SIEG et des activités connexes²⁶² est que les autorités locales bruxelloises veulent garantir la continuité et la viabilité des hôpitaux IRIS [voir le considérant (91)] à tout moment. L’article 46 s’inscrit aussi dans la logique de l’article 61 de la loi CPAS, libellé comme suit:

«Le centre peut recourir à la collaboration de personnes, d’établissements ou de services qui, créés soit par des pouvoirs publics, soit par l’initiative privée, disposent des moyens nécessaires pour réaliser les diverses solutions qui s’imposent, en respectant le libre choix de l’intéressé.

Le centre peut supporter les frais éventuels de cette collaboration, s’ils ne sont pas couverts en exécution d’une autre loi, d’un règlement, d’un contrat ou d’une décision judiciaire.»

(222) Enfin, comme expliqué ci-dessus [voir les considérants (22) et (44)], les communes sont tenues de couvrir le déficit de leurs CPAS. En conséquence, c’est à la commune qu’incombe la responsabilité ultime de couvrir l’ensemble du déficit de son hôpital public.

7.3.4.5. Modalités de recouvrement des éventuelles surcompensations et moyens d’éviter ces surcompensations

(223) Comme expliqué ci-après, le mécanisme de compensation des déficits fonctionne de telle manière que le risque de surcompensation est déjà très limité à la base [voir le considérant (247)]. De plus, la loi du 14 novembre 1983 [voir les considérants (248) à (250)] et la loi CPAS [voir les considérants (251) et (252)] donnent aux communes les moyens juridiques nécessaires pour contrôler la surcompensation et, le cas échéant, récupérer les surcompensations.

²⁶¹ L’association qui représente les médecins de l’hôpital considéré et, le cas échéant, l’Université libre de Bruxelles ou la Vrije Universiteit Brussel, possèdent toujours moins de 20 % des voix dans les associations locales des hôpitaux IRIS. De même, depuis 2000, la commune et le CPAS de Jette sont membres de l’association du CHU Brugmann, mais comme ils possèdent moins de 20 % des voix dans cette association, ils ne contribuent pas à la compensation du déficit. Enfin, depuis l’exercice 2014, la commune et le CPAS de Schaerbeek possèdent aussi moins de 20 % des voix dans l’association du CHU Brugmann et ne contribuent donc plus à combler le déficit de cet hôpital. Cela signifie que depuis 2014, seuls la Ville de Bruxelles et son CPAS sont tenus de couvrir le déficit du CHU Brugmann.

²⁶² Tous les frais supportés pour l’exécution du SIEG et des activités connexes constituent des coûts de service public incluant le coût des activités connexes.

7.3.4.6. Référence à la décision SIEG de 2012

(224) L'article 4, point f), de la décision SIEG de 2012 exige que le mandat contienne notamment une référence à cette décision. L'article 10, point a), de cette même décision prévoit une période de transition de deux ans pour les régimes d'aides mis à exécution avant le 31 janvier 2012 et qui étaient compatibles avec le marché intérieur en vertu de la décision SIEG de 2005. C'est pourquoi, en l'espèce, une référence à la décision SIEG de 2012 n'a été introduite qu'en 2014. En particulier, depuis 2014, chaque décision des communes bruxelloises d'effectuer un paiement en faveur d'un hôpital IRIS en vertu de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS fait aussi référence à la décision SIEG de 2012. De plus, il est à noter qu'une référence à la décision SIEG de 2012 a été ajoutée à l'article 108 de la version actuelle de la LCH au moyen de la loi du 10 avril 2014²⁶³. Plus précisément, cet article exige que chaque décision relative au montant du BMF qui doit être octroyé à un hôpital contienne une référence explicite à la décision SIEG de 2012. La Commission conclut donc que cette condition formelle est remplie.

7.3.5. *Compensation*

(225) La deuxième condition de compatibilité essentielle prévue par la décision SIEG de 2012 est que le montant de la compensation versée pour la prestation du SIEG n'excède pas ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts nets occasionnés par l'exécution des obligations de service public, y compris un bénéfice raisonnable²⁶⁴. La décision SIEG de 2012 définit en outre comment le coût net doit être calculé (notamment en définissant les coûts et les recettes qui peuvent être pris en compte), indique comment le bénéfice raisonnable doit être déterminé, et exige qu'une entreprise qui exerce des activités qui se situent à la fois dans le cadre du SIEG et en dehors de celui-ci tienne une comptabilité interne séparée pour les activités liées au SIEG et les autres activités²⁶⁵.

(226) En l'espèce, les hôpitaux IRIS n'exécutent qu'un SIEG et les activités connexes limitées liées à ce SIEG décrites ci-dessus [voir les considérants (41) et (155)]. En exécutant toutes ces activités (le SIEG et les activités connexes limitées), les hôpitaux IRIS engagent des coûts qui sont dans une large mesure²⁶⁶ couverts par les différentes sources de financement publiques et privées décrites ci-dessus [voir le considérant (46)]. Néanmoins, tel qu'illustré ci-après (voir les tableaux 3 à 7), durant la plupart des années depuis 1996, l'exécution de ces activités par les hôpitaux IRIS a généré un déficit. La Commission estime que ces déficits sont le coût net résiduel [autrement dit, la part du coût net qui n'a pas été couverte par les sources de financement décrites au considérant (46)] du SIEG et des activités connexes limitées exécutés par les hôpitaux IRIS. En compensant ces déficits, les communes ne couvrent rien de plus que le coût net résiduel supporté par les hôpitaux IRIS lors de l'exécution du SIEG et des activités connexes et n'accordent même pas un bénéfice raisonnable. En conséquence, par sa définition même, la compensation des déficits enregistrés par les hôpitaux IRIS ne devrait pas engendrer et n'a pas engendré de réelle surcompensation [voir aussi les considérants (234) à (245) ci-après].

²⁶³ Moniteur belge du 30 avril 2014, p. 35442. Applicable à compter du 10 mai 2014.

²⁶⁴ Article 5 de la décision SIEG de 2012.

²⁶⁵ Article 5, paragraphes 2 à 9, de la décision SIEG de 2012.

²⁶⁶ Entre 2007 et 2011, en moyenne [...] % environ des frais des hôpitaux IRIS ont été couverts par ce financement.

- (227) En vertu de l'article 77 de la LCH, tous les hôpitaux sont tenus de tenir des comptes séparés qui montrent le coût de chaque service. Les principes comptables applicables aux hôpitaux publics et privés sont définis par l'arrêté royal du 19 juin 2007²⁶⁷. En vertu de cet arrêté royal, les activités non hospitalières [autrement dit, en l'espèce, les activités connexes décrites ci-dessus aux considérants (41) et (155)] doivent être enregistrées séparément [plus précisément, elles doivent être répertoriées sous les codes comptables 900 à 999, voir aussi le considérant (49)]. La Commission a reçu des attestations des auditeurs indépendants de chaque hôpital IRIS confirmant que la séparation des comptes était appliquée conformément aux exigences du droit belge²⁶⁸. Partant, la Commission conclut que l'obligation au titre de l'article 5, paragraphe 9, de la décision SIEG de 2012 de tenir des comptes séparés est remplie.
- (228) Comme expliqué ci-dessus [voir le considérant (44)], en vertu de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS, les communes et les CPAS bruxellois sont tenus de couvrir l'ensemble du déficit comptable de leurs hôpitaux. Cette obligation, qui existe depuis la création des hôpitaux IRIS, va au-delà du mécanisme de compensation partielle des déficits prévu à l'article 109 de la LCH [voir le considérant (47)]. La compensation octroyée sur la base de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS ne peut toutefois jamais excéder le déficit comptable de l'exercice financier. Enfin, l'article 46, tout en créant une obligation claire de compenser les déficits, ne précise toutefois pas explicitement à quel moment les communes et les CPAS doivent effectivement transférer les fonds²⁶⁹.
- (229) En pratique, le moment où les paiements des communes en faveur des hôpitaux IRIS doivent être effectués a toujours dépendu des fonds disponibles dans les trésoreries communales. Étant donné que les fonds disponibles étaient généralement insuffisants, les communes avaient tendance à reporter le paiement de la compensation des déficits des hôpitaux. En théorie, elles pouvaient continuer à le reporter jusqu'à ce que le service public fédéral de la santé publique détermine le déficit en vertu de l'article 109 de la LCH, puisque cela les contraignait à effectuer le paiement (partiel) de la compensation des déficits des hôpitaux. Cependant, il pouvait s'écouler un long délai (de parfois 10 ans) entre le moment où le déficit comptable était connu et le moment où le déficit en vertu de l'article 109 de la LCH était calculé. Cela signifie qu'entre 1996 et 2002, les hôpitaux IRIS ont accumulé des déficits énormes (plus de 50 millions d'euros). Pour couvrir ce trou dans leur financement, les hôpitaux IRIS ont été forcés de contracter des emprunts bancaires dont les coûts ont encore accru leurs déficits.
- (230) Les communes se sont rendues compte que cette situation était en leur défaveur, puisqu'elles finissaient par payer les intérêts de ces emprunts au titre de la couverture

²⁶⁷ Moniteur belge du 29 juin 2007, p. 35929. Applicable à compter du 9 juillet 2007. Cet arrêté royal a remplacé l'arrêté royal du 14 décembre 1987 concernant les comptes annuels des hôpitaux, qui prévoit des exigences très semblables.

²⁶⁸ Dans ce contexte, il est à noter que certains flux comptables liés aux activités hospitalières doivent aussi être enregistrés sous les codes comptables 900 à 999. Sont concernés certains flux qui ne sont pas pris en compte dans la détermination du financement BMF (qui suit une logique de comptabilité de trésorerie plutôt que l'approche de comptabilité d'exercice qui s'applique à la comptabilité hospitalière).

²⁶⁹ En théorie, les hôpitaux IRIS peuvent demander aux communes de verser la compensation du déficit une fois que le résultat de l'exercice financier est connu. Dans la pratique, ils ne l'ont pas fait parce qu'ils sont contrôlés par les communes et que ces dernières ne disposaient pas (toujours) des fonds nécessaires pour effectuer les paiements immédiatement.

des déficits; elles ont donc souhaité payer les hôpitaux IRIS plus rapidement au lieu d'attendre le moment où le service public fédéral de la santé publique les forcerait à couvrir le déficit en vertu de l'article 109 de la LCH. Étant donné l'insuffisance des ressources financières au niveau communal, la Région de Bruxelles-Capitale a dû intervenir pour rendre cela possible. La Région a notamment fourni un financement aux communes concernées 1) de manière indirecte via le FRBRTC [voir le considérant (231)] et 2) à partir de 2003, également de manière directe en octroyant des subventions spéciales [voir les considérants (232) et (233)]. Cela a permis aux communes de remplir plus rapidement, bien que partiellement ²⁷⁰, leur obligation de compensation des déficits envers les hôpitaux IRIS. Comme expliqué ci-dessus (voir le point 7.1), la Région de Bruxelles-Capitale a octroyé et continue d'octroyer un financement public uniquement aux communes bruxelloises concernées et pas aux hôpitaux IRIS.

- (231) Les déficits des hôpitaux IRIS lors des exercices 1996 à 2002 n'ont été compensés par les communes qu'à partir de 2002 à l'aide du financement reçu du FRBRTC. La compensation des déficits pour cette période ne s'est achevée qu'en 2008. Pour la compensation des déficits enregistrés depuis 2003, les communes n'ont plus eu recours au financement du FRBRTC.
- (232) À compter de l'exercice 2003, la Région de Bruxelles-Capitale a commencé à octroyer 10 millions d'euros par an en moyenne (pour les montants exacts, voir le tableau 2 ci-après) aux communes sous la forme de subventions spéciales. Chaque commune a payé à son tour sa part de cette subvention spéciale, généralement au début de l'année suivante, sur la base du déficit estimé de l'hôpital (par exemple, au début de 2015 pour l'exercice 2014). Le déficit est estimé sur la base de l'audit des activités de l'hôpital et du résultat prévisionnel pour les neuf premiers mois de l'année. Dans les six mois à compter de la fin de l'exercice financier (autrement dit, avant la fin du mois de juin), l'assemblée générale de chaque hôpital IRIS approuve les comptes financiers de l'hôpital et adopte le déficit comptable définitif. Le montant du déficit comptable restant après le paiement de la part de la subvention spéciale est liquidé en fonction des fonds disponibles dans les trésoreries communales. Le processus de liquidation peut prendre plusieurs années supplémentaires et au cours de toute la période appréciée (1996-2014), les hôpitaux IRIS ont constamment été dans l'attente de paiements des communes [voir les tableaux du considérant (234) pour les détails des soldes restants dus].

Tableau 2: Paiements (financés par la subvention spéciale) des communes en faveur des hôpitaux IRIS

EUR	CHU St. Pierre	CHU Brugmann	HIS	HUDERF	Institut Bordet	Total
2003	1 620 000	1 770 000	3 765 000	820 000	2 025 000	10 000 000
2004	1 541 775	1 457 000	3 765 000	781 981	1 321 316	8 867 072
2005	2 132 928	3 657 000	3 765 000	778 000	800 000	11 132 928
2006	-	3 657 000	3 765 000	778 000	1 800 000	10 000 000
2007	278 330	4 125 610	3 765 000	622 529	1 208 531	10 000 000
2008	308 367	3 999 767	3 765 000	871 350	1 055 516	10 000 000
2009	490 002	3 231 504	3 765 000	1 246 998	1 266 496	10 000 000

²⁷⁰

En fait, pendant la période 1996-2014, le financement régional octroyé aux communes était insuffisant pour couvrir intégralement les déficits des hôpitaux IRIS (voir aussi la note 142).

2010	565 440	3 644 432	3 388 500	1 401 628	-	9 000 000
2011	654 580	3 206 932	3 576 750	1 220 232	841 506	9 500 000
2012	1 091 761	3 380 656	3 765 000	945 316	817 267	10 000 000
2013	1 826 753	2 500 348	3 765 000	635 966	1 271 933	10 000 000
2014	1 390 000	2 847 000	3 765 000	618 000	1 380 000	10 000 000
Total	11 899 936	37 477 249	44 615 250	10 720 000	13 787 565	118 500 000

(233) Sur le plan comptable, la part de la subvention spéciale a, certaines années, été directement prise en compte dans le résultat de l'hôpital (réduisant ainsi le déficit restant), tandis que d'autres années, le montant a été pris en compte en tant que compensation du déficit (autrement dit, dans l'attribution du résultat). De plus, le CHU Saint-Pierre a accusé un retard comptable en 2004, de sorte que sa part de la subvention spéciale a seulement été enregistrée dans les comptes de l'année suivante. Ceci explique pourquoi le montant total de la subvention spéciale pour les cinq hôpitaux IRIS en 2004 ne s'élève qu'à 8 867 072 euros tandis qu'en 2005, il s'élevait à 11 132 928 euros, soit un total de 20 millions d'euros (ou 10 millions d'euros par an, comme cela était prévu). Malgré ces différences dans le traitement comptable, le principe sous-jacent de ces paiements a toujours été de donner une compensation rapide (et généralement partielle) du déficit sans entraîner de surcompensation (voir le reste de cette section).

(234) Les tableaux 3 à 7 ci-après indiquent, pour chacun des cinq hôpitaux IRIS, les déficits comptables enregistrés pour chaque année (combinés, ces déficits s'élèvent à près de 250 millions d'euros au cours de la période 1996-2014) et les paiements effectués chaque année par les communes (ces paiements peuvent concerner les déficits des années précédentes). Les tableaux 3 à 7 indiquent les dates (c'est-à-dire les années) auxquelles les communes ont effectué des paiements destinés à compenser les déficits des différents hôpitaux IRIS, mais ils ne précisent pas les années qui sont concernées par ces paiements²⁷¹. Ces tableaux illustrent aussi l'accumulation des déficits au cours de la période 1996-2002 et le retard dans les paiements par les communes. De plus, il est clair qu'au cours de la période 1996-2014, les différentes communes concernées devaient en permanence aux hôpitaux IRIS d'importants montants au titre de la compensation des déficits. Le solde restant dû jusqu'à la fin de 2014 pour les cinq hôpitaux IRIS pris dans leur ensemble dépassait 15 millions d'euros. Dans ce contexte, il convient de souligner que lorsque les hôpitaux IRIS génèrent un bénéfice, celui-ci n'est pas distribué et est utilisé pour couvrir les déficits passés ou à venir, réduisant ainsi l'intervention des communes. Enfin, il ressort aussi clairement de ces tableaux que, comme le font valoir les autorités belges [voir le considérant (89)], et contrairement à ce que les plaignants prétendent, il n'existe pas de mécanisme de paiement d'avances [voir le considérant (55)]. En effet, les paiements des communes sont effectués avec un retard considérable par rapport au moment où le déficit a été enregistré et où l'obligation en vertu de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS est devenue

²⁷¹ À titre d'exemple, le tableau 3 montre qu'alors que le CHU Saint-Pierre a enregistré des déficits chaque année depuis 1996, le premier paiement (d'un montant de 3 368 351 EUR) effectué par la commune à titre de compensation de son déficit n'est intervenu qu'en 2002. Les tableaux ne permettent pas de savoir quel est, parmi les déficits annuels enregistrés depuis 1996, celui qui a été compensé par le paiement effectué en 2002. Cependant, les informations détaillées fournies à la Commission par les autorités belges indiquent que ce paiement a, en réalité, été fait en vue de couvrir une partie du déficit enregistré en 1996.

applicable. En conséquence, la date des paiements de la compensation des déficits pour l'exécution du SIEG et des activités connexes ne peut être considérée conférer un avantage aux hôpitaux IRIS.

Tableau 3: Date des paiements du déficit et solde restant dû (en EUR) pour le CHU Saint-Pierre

CHU Saint-Pierre	Déficit comptable	Paiements de la commune	Solde restant dû
1996	-5 737 856	0	-5 737 856
1997	-6 754 920	0	-12 492 776
1998	-3 696 235	0	-16 189 011
1999	-752 234	0	-16 941 245
2000	-1 072 993	0	-18 014 238
2001	-1 416 937	0	-19 431 174
2002	-2 914 245	3 368 351	-18 977 068
2003	-2 629 012	4 925 162	-16 680 918
2004	-1 541 775	11 571 300	-6 651 393
2005	-2 248 399	1 000 000	-7 899 792
2006	98 114	2 886 635	-4 915 043
2007	-774 755	2 217 900	-3 471 897
2008	-1 054 119	2 356 333	-2 169 683
2009	-1 000 933	490 002	-2 680 614
2010	-1 576 429	565 440	-3 691 602
2011	-949 668	654 580	-3 986 690
2012	-1 079 200	1 091 761	-3 974 129
2013	-1 880 205	1 826 753	-4 027 580
2014	-1 441 778	1 900 931	-3 568 427
Total	-38 423 575	34 855 148	-3 568 427

Tableau 4: Date des paiements du déficit et solde restant dû (en euros) pour le CHU Brugmann²⁷²

CHU Brugmann	Déficit comptable	Paiements de la commune	Solde restant dû
1996	Sans objet	Sans objet	Sans objet
1997	Sans objet	Sans objet	Sans objet
1998	Sans objet	Sans objet	Sans objet
1999	-508 171	0	-508 171
2000	-3 755 229	0	-4 263 399
2001	-5 440 039	0	-9 703 438
2002	-1 976 934	0	-11 680 371
2003	-1 697 238	1 770 000	-11 607 609

²⁷²

Voir le considérant (236) pour l'explication de la raison pour laquelle les chiffres pour les années 1996, 1997 et 1998 sont manquants.

2004	-1 442 292	1 457 000	-11 592 901
2005	-7 413 186	4 404 420	-14 601 667
2006	-14 180 725	10 893 584	-17 888 808
2007	-6 954 466	10 151 330	-14 691 944
2008	-6 308 290	6 699 647	-14 300 587
2009	-6 228 859	3 231 504	-17 297 942
2010	-5 011 208	3 644 432	-18 664 719
2011	-2 982 442	3 224 315	-18 422 846
2012	-2 945 806	16 219 985	-5 148 666
2013	-2 799 788	7 090 156	-858 298
2014	-2 923 714	2 847 000	-935 012
Total	-72 568 385	71 633 373	-935 012

Tableau 5: Date des paiements du déficit et solde restant dû (en euros) pour l'HUDERF

HUDERF	Déficit comptable	Paiements de la commune	Solde restant dû
1996	-1 505 830	0	-1 505 830
1997	-1 026 881	0	-2 532 711
1998	-245 113	0	-2 777 825
1999	1 642	0	-2 776 183
2000	-484 951	0	-3 261 134
2001	-1 218 954	0	-4 480 088
2002	-479 490	883 192	-4 076 386
2003	-1 117 778	1 583 539	-3 610 625
2004	-781 981	1 863 863	-2 528 742
2005	-1 279 230	778 000	-3 029 973
2006	-2 494 074	1 605 532	-3 918 515
2007	-2 687 621	1 688 424	-4 917 712
2008	-2 314 050	1 208 667	-6 023 095
2009	-1 868 670	1 246 998	-6 644 767
2010	-1 823 049	1 401 628	-7 066 187
2011	-1 620 663	1 220 232	-7 466 618
2012	-945 316	5 525 711	-2 886 223
2013	-528 779	635 966	-2 779 036
2014	-618 000	2 682 372	-714 664
Total	-23 038 788	22 324 124	-714 664

Tableau 6: Date des paiements du déficit et solde restant dû (en euros) pour l'Institut Bordet

Institut Bordet	Déficit comptable	Paiements des communes	Solde restant dû
1996	752 505	0	752 505
1997	170 241	0	922 745

1998	41 349	0	964 094
1999	44 371	0	1 008 465
2000	5 439	0	1 013 904
2001	154 518	0	1 168 423
2002	-4 929 106	0	-3 760 683
2003	-4 916 506	2 025 000	-6 652 189
2004	-2 001 995	1 321 316	-7 332 868
2005	-771 467	800 000	-7 304 335
2006	-1 817 630	1 800 000	-7 321 966
2007	-1 874 162	2 673 741	-6 522 386
2008	-1 624 347	4 519 412	-3 627 322
2009	-688 005	1 266 496	-3 048 830
2010	-655 634	0	-3 704 465
2011	-838 644	841 506	-3 701 602
2012	-833 460	4 465 110	-69 952
2013	-2 551 468	1 271 933	-1 349 487
2014	-1 943 857	2 023 112	-1 270 232
Total	-24 277 858	23 007 626	-1 270 232

Tableau 7: Date des paiements du déficit et solde restant dû (en euros) pour les HIS²⁷³

HIS	Déficit comptable	Paiements de la commune	Solde restant dû
1996	Sans objet	Sans objet	Sans objet
1997	Sans objet	Sans objet	Sans objet
1998	Sans objet	Sans objet	Sans objet
1999	-1 248 404	0	-1 248 404
2000	-7 220 971	0	-8 469 375
2001	-14 782 680	0	-23 252 055
2002	-12 978 574	416 079	-35 814 550
2003	-7 990 196	6 018 822	-37 785 924
2004	-5 941 987	13 425 604	-30 302 307
2005	-4 440 896	3 765 000	-30 978 203
2006	-5 022 247	12 622 542	-23 377 907
2007	-3 882 170	10 885 280	-16 374 797
2008	-3 779 570	10 885 190	-9 269 178
2009	-3 774 545	3 765 000	-9 278 722
2010	-3 387 655	3 388 500	-9 277 877
2011	-3 572 694	3 576 750	-9 273 821
2012	-3 767 190	3 765 000	-9 276 011

²⁷³

Voir le considérant (236) pour l'explication de la raison pour laquelle les chiffres pour les années 1996, 1997 et 1998 sont manquants.

2013	-3 761 761	3 765 000	-9 272 772
2014	-3 760 497	3 765 000	-9 268 269
Total	-89 312 036	80 043 767	-9 268 269

(235) En pratique, la compensation du déficit en vertu de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS prime sur la compensation du déficit en vertu de l'article 109 de la LCH. En fait, après que le ministre fédéral de la santé publique a déterminé le déficit en vertu de l'article 109 de la LCH [voir le considérant (47)], une lettre est envoyée à la commune et sa banque reçoit l'ordre de verser immédiatement ce montant à l'hôpital en question compte tenu des éventuels paiements de compensation du déficit déjà effectués par la commune en faveur de cet hôpital en vertu de l'article 46 de ses statuts. De plus, les communes et les hôpitaux IRIS ont convenu que ces derniers remboursaient immédiatement aux communes les montants qui leur étaient versés en vertu de l'article 109 de la LCH afin d'éviter toute double couverture du même déficit. À cet égard, la Commission a reçu de Belfius, la banque des communes, une lettre et un tableau qui confirment que pour chaque année et pour l'ensemble des cinq hôpitaux IRIS, ces remboursements ont été effectués immédiatement, ce qui exclut donc une double couverture du déficit. Le tableau 8 ci-après donne une vue d'ensemble complète de tous les montants des compensations du «déficit en vertu de l'article 109 de la LCH» qui ont été payés par les communes aux hôpitaux IRIS et qui ont immédiatement été remboursés, de sorte que ces transactions ont été neutralisées. En conséquence, les hôpitaux IRIS n'ont reçu aucun avantage de ces paiements en vertu de l'article 109 de la LCH et seule la compensation du déficit en vertu de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS importe pour la suite de l'évaluation dans le cadre de la présente décision. Le tableau 8 ne comprend que les paiements jusqu'à l'exercice 2006, car il s'agit actuellement de l'année la plus récente pour laquelle le déficit en vertu de l'article 109 de la LCH a été déterminé par le service public fédéral de la santé publique. Cela illustre l'important retard caractérisant en pratique le paiement de la compensation de ce déficit en vertu du mécanisme de l'article 109 de la LCH, et cela explique aussi pourquoi les hôpitaux IRIS n'ont pas recours à celui-ci (et restituent donc immédiatement cette compensation après l'avoir reçue). En effet, la compensation en vertu de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS est un mécanisme plus rapide [en particulier depuis l'introduction des subventions spéciales pour les communes, voir le considérant (232)] que celui de l'article 109 de la LCH. Par ailleurs, la couverture du déficit en vertu de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS va au-delà de la couverture partielle du déficit prévue à l'article 109 de la LCH [voir les considérants (47) et (48)] puisqu'elle compense intégralement le déficit comptable enregistré par les hôpitaux IRIS. Pour toutes ces raisons, l'appréciation dans le cadre de la présente décision ne s'intéresse qu'au mécanisme de compensation en vertu de l'article 46 et ne cherche plus à évaluer le mécanisme de compensation du déficit en vertu de l'article 109 de la LCH, contrairement à la décision de la Commission de 2009 qui a été annulée, laquelle appréciait le mécanisme de l'article 109 de la LCH.

Tableau 8: Vue d'ensemble complète des montants (en euros) du déficit en vertu de l'article 109 de la LCH²⁷⁴ qui ont été versés et immédiatement remboursés (situation au 9 novembre 2015)

	CHU St. Pierre	CHU Brugmann	HIS	HUDERF	Institut Bordet
1996	560 322,61	0	2 727 844,19	0	0
1997	0	0	3 051 321,12	0	0
1998	0	0	553 331	0	0
1999	0	781 686,52	345 176,04	0	0
2000	1 019 647,97	0	0	0	2 483 585,21
2001	0	2 511 189,37	126 193,12	263 390,41	4 681 594,58
2002	0	0	0	0	0
2003	0	0	3 658 304,97	0	1 699 065,20
2004	0	0	0	0	705 798,98
2005	0	0	0	0	0
2006	0	5 727 775,67	0	384 527,59	0

(236) La Commission a également apprécié si, au cours de la période 1996-2014²⁷⁵, les hôpitaux IRIS avaient effectivement bénéficié d'une surcompensation. En raison des fusions qui ont eu lieu le 1^{er} juillet 1999 [voir aussi le considérant (28)] et de la longue période qui s'est écoulée depuis lors, l'analyse de la surcompensation ne peut couvrir les années 1996-1998 pour le CHU Brugmann, car les archives concernées n'ont pas pu être retrouvées. Pour les mêmes raisons, pour les HIS, cette analyse ne peut être effectuée que de manière agrégée pour les années 1996-1998. Dans ce contexte, il faut aussi souligner que les autorités belges ont fourni toutes les informations comptables utiles des hôpitaux IRIS, de même que les paiements du déficit effectués par les communes dans la mesure où ces chiffres étaient disponibles. En effet, jusqu'à l'entrée en vigueur de la décision SIEG de 2005 le 19 décembre 2005, les États membres étaient uniquement tenus de tenir les informations à disposition de la Commission pendant cinq ans²⁷⁶ (au lieu de dix en vertu des décisions SIEG de 2005 et 2012²⁷⁷). Bien que la première demande d'informations de la Commission n'ait été envoyée que le 22 mars 2006, les autorités belges sont néanmoins parvenues à fournir les chiffres à partir de 1996 pour le CHU Saint-Pierre, l'HUDERF et l'Institut Bordet, et à partir de 1999 pour les HIS (et des chiffres agrégés pour 1996-1998) et le CHU Brugmann.

(237) La Commission a examiné si les paiements de compensation du déficit par les communes pour une année donnée (à l'aide du financement du FRBRTC et des subventions spéciales de la Région de Bruxelles-Capitale et par leurs propres moyens) dépassaient le déficit comptable de cette année. Dans ce contexte, la Commission rappelle que les hôpitaux IRIS n'ont reçu une compensation que pour les déficits enregistrés en raison de l'exécution du SIEG et de certaines activités connexes limitées. Les tableaux 9 à 13 ci-après montrent les chiffres pertinents pour

²⁷⁴ Il s'agit des montants qui ont effectivement été versés et remboursés après prise en compte des éventuels paiements de compensation du déficit déjà effectués par la commune.

²⁷⁵ 2014 est l'exercice comptable le plus récent pour lequel des données chiffrées étaient disponibles.

²⁷⁶ Voir l'article 5 de la directive 80/723/CEE de la Commission du 25 juin 1980 relative à la transparence des relations financières entre les États membres et les entreprises publiques (JO L 195 du 29.7.1980, p. 35).

²⁷⁷ Voir à cet égard l'article 7 de la décision SIEG de 2005 et l'article 8 de la décision SIEG de 2012.

chaque hôpital IRIS. Il est cependant important de garder à l'esprit que ces tableaux ne permettent pas de savoir à quel moment la commune a (partiellement) compensé le déficit. C'est, en effet, dans les tableaux 3 à 7 ci-dessus [voir le considérant (234)], que sont précisées les années pendant lesquelles les communes ont effectué des paiements à titre de compensation des déficits en faveur des hôpitaux IRIS. Quant aux tableaux 9 à 13, ils indiquent uniquement les montants versés aux hôpitaux IRIS par les communes (généralement, en plusieurs tranches) pour compenser le déficit d'une année donnée, sans préciser à quel moment ces montants ont été effectivement versés. Si les tableaux 9 à 13 ont été établis de façon à permettre de déterminer l'existence d'une éventuelle surcompensation pour une année précise, prise isolément, dans la pratique, aucun des hôpitaux IRIS n'a jamais bénéficié d'une réelle surcompensation, comme expliqué ci-dessous [voir le considérant (238)].

- (238) Comme illustré par les tableaux suivants, la comparaison du déficit comptable et de la compensation versée pour une année donnée ne laisse apparaître que quelques cas²⁷⁸ de surcompensation technique si l'on considère cette année isolément. Il ressort toutefois clairement des tableaux 3 à 7 du considérant (234) qu'en pratique, aucun des hôpitaux IRIS n'a jamais bénéficié d'une réelle surcompensation, étant donné qu'au cours de la période examinée (1996-2014), les municipalités devaient en permanence aux hôpitaux IRIS d'importants montants au titre de la compensation des déficits. Les surcompensations techniques pourraient avoir été motivées par la volonté de la commune, au cours d'une année donnée, non seulement de couvrir le déficit comptable de cette année, mais aussi de rattraper son retard dans la couverture des déficits relatifs aux années précédentes. Même si cette motivation ne peut être prouvée, le fait est que, lors de chacune des années durant lesquelles les hôpitaux IRIS ont reçu des paiements qui, si l'on considère cette année isolément, équivalaient techniquement à une surcompensation pour le SIEG et les activités connexes limitées exécutées cette année-là, l'hôpital IRIS bénéficiaire percevait en fait, globalement, une compensation insuffisante pour les mêmes SIEG et activités connexes limitées que ceux exécutés au cours des années précédentes et de l'année en question²⁷⁹.

²⁷⁸ En particulier, lors de quatre années seulement, sur les 89 évaluées pour les cinq hôpitaux IRIS, la surcompensation technique pour ces années prises isolément excédait 10 % du montant de la compensation annuelle.

²⁷⁹ De plus, il faut garder à l'esprit que les montants de la compensation du déficit ne représentent qu'une part limitée du financement public total reçu par les hôpitaux IRIS pour le SIEG qu'ils fournissent. Au cours de la période 2007-2011, les paiements BMF annuels moyens du gouvernement fédéral s'élevaient à 323 millions d'euros environ pour l'ensemble des hôpitaux IRIS. Au cours de la même période, les hôpitaux IRIS dans leur ensemble ont fait part de déficits comptables moyens de 13,4 millions d'euros par an, tandis que les communes ont payé 16,4 millions d'euros par an en moyenne de compensations des déficits (qui couvraient aussi les déficits des années précédentes). Les compensations des déficits ne représentaient donc que 5 % environ du financement BMF fédéral octroyé aux hôpitaux IRIS. En conséquence, si ces importants montants de financement public accordé au moyen du BMF avaient été pris en compte au moment de calculer si la surcompensation excédait 10 % de la compensation versée pour une année donnée (et donc si elle pouvait être reportée à l'année suivante, tel qu'autorisé par l'article 6, paragraphe 2, de la décision SIEG de 2012), le pourcentage de la surcompensation serait vraisemblablement sensiblement inférieur. Cette conclusion se fonde sur l'importance relative des paiements BMF par comparaison avec les déficits et sur le fait que le risque de surcompensation au moyen du BMF est minimal. En particulier, le BMF est principalement conçu comme un financement forfaitaire calculé sur la base des coûts réels des hôpitaux des années précédentes (et n'implique aucune surcompensation). En outre, le service public fédéral de la santé publique effectue des contrôles ex post détaillés des coûts réels supportés par chaque hôpital et

- (239) Pour le CHU Saint-Pierre, il ressort du tableau 9 ci-après que si l'on considère chaque année isolément, la surcompensation technique était limitée en 1996, 1997 et 2012. Dans chaque cas, ces surcompensations s'élevaient à moins de 1,5 % de la compensation accordée pour l'année considérée et auraient donc pu être reportées à l'année suivante, comme le prévoit la décision SIEG²⁸⁰. En pratique, toutefois, ainsi que cela a été démontré ci-dessus [voir le tableau 3 au considérant (234)], le CHU Saint-Pierre percevait en permanence une compensation insuffisante au cours de la période 1996-2014, et la commune lui devait toujours de l'argent. Au cours de la période 1996-2014, cette sous-compensation se chiffrait à 3 666 541 euros. Conformément à l'obligation qui leur est imposée par l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS, les communes concernées devront cependant, à l'avenir, compenser ce déficit comptable résiduel²⁸¹.

Tableau 9: Déficit comptable et compensation accordée pour le CHU Saint-Pierre (en euros)

CHU St. Pierre	Déficit comptable	Financé via le FRBRTC ou une subvention spéciale de la Région ²⁸²	Contributions communales supplémentaires	Compensation totale accordée	Surcompensation(+) ou sous-compensation(-) pour l'année	Surcompensation(+) ou sous-compensation(-) globale
1996	-5 737 856	5 738 735	0	5 738 735	879	879
1997	-6 754 920	6 855 099	0	6 855 099	100 179	101 058
1998	-3 696 235	3 696 092	0	3 696 092	-143	100 915
1999	-752 234	751 117	0	751 117	-1 117	99 798
2000	-1 072 993	1 072 993	0	1 072 993	0	99 798
2001	-1 416 937	1 416 000	0	1 416 000	-937	98 862
2002	-2 914 245	2 914 245	0	2 914 245	0	98 862
2003	-2 629 012	1 620 000	0	1 620 000	-1 009 012	-910 150

recalcule le montant BMF auquel il a le droit. Enfin, il convient de noter qu'aucun bénéfice raisonnable n'a été pris en compte lors de la comparaison des compensations versées par les communes avec les déficits comptables enregistrés par les hôpitaux IRIS.

²⁸⁰ L'extrait en question de l'article 6, paragraphe 2, de la décision SIEG de 2012 est libellé comme suit: «Lorsque le montant de la surcompensation ne dépasse pas 10 % du montant de la compensation annuelle moyenne, la surcompensation peut être reportée sur la période suivante et déduite du montant de la compensation due pour cette période.» Étant donné l'absence de surcompensation réelle (parce que globalement, l'hôpital se trouvait en permanence dans une situation de sous-compensation au cours de la période 1996-2014), un tel report n'a jamais été effectué en pratique. Cette remarque est valable pour tous les hôpitaux IRIS [voir aussi le considérant (240) à (243)].

²⁸¹ Une autre solution, si le CHU Saint-Pierre devenait rentable dans les années à venir, consisterait normalement à conserver les bénéfices et à les utiliser pour compenser les pertes passées. Dans ce cas, les communes ne devraient pas, ou devraient partiellement seulement, compenser le déficit comptable résiduel. Un tel scénario est cependant hypothétique, car le CHU Saint-Pierre a fait part d'un bénéfice limité lors d'une année seulement (2006) au cours de la période 1996-2014.

²⁸² Comme expliqué au considérant (105), le FRBRTC et les subventions spéciales octroyées par la Région de Bruxelles-Capitale aux communes sont des mesures de financement intra-étatiques qui constituent une source de financement pour le mécanisme de versements effectués par les communes à titre de compensation des déficits. Ces montants sont indiqués dans une colonne séparée afin d'illustrer que les communes utilisent ces fonds régionaux entièrement pour les paiements de la compensation du déficit. Cette présentation ne peut être interprétée comme une indication que les montants ont été transférés du FRBRTC ou de la Région de Bruxelles-Capitale aux hôpitaux IRIS. Ces transferts ont été effectués en faveur des communes qui ont à leur tour utilisé ces fonds pour financer leur obligation de compensation du déficit envers les hôpitaux IRIS.

2004	-1 541 775	1 541 775	0	1 541 775	0	-910 150
2005	-2 248 399	2 132 928	0	2 132 928	-115 471	-1 025 621
2006	98 114	0	0	0	0	-1 025 621
2007	-774 755	278 330	0	278 330	-496 425	-1 522 045
2008	-1 054 119	308 367	0	308 367	-745 752	-2 267 797
2009	-1 000 933	490 002	510 931	1 000 933	0	-2 267 797
2010	-1 576 429	565 440	0	565 440	-1 010 989	-3 278 785
2011	-949 668	654 580	0	654 580	-295 088	-3 573 873
2012	-1 079 200	1 091 761	0	1 091 761	12 561	-3 561 312
2013	-1 880 205	1 826 753	0	1 826 753	-53 452	-3 614 763
2014	-1 441 778	1 390 000	0	1 390 000	-51 778	-3 666 541
	-38 423 575	34 344 217	510 931	34 855 148	-3 666 541	

(240) Comme expliqué ci-dessus [voir le considérant (236)], l'analyse de l'existence d'une surcompensation pour les hôpitaux Iris Sud (HIS) n'a pas pu être réalisée individuellement pour les années 1996-1998 en raison de l'absence des chiffres nécessaires. Les autorités belges ont néanmoins pu retrouver les montants agrégés pour cette période au cours de laquelle les HIS constituaient encore quatre hôpitaux indépendants. Au cours de ces trois années, certains des HIS ont subi des pertes d'un montant total de 2 622 714 euros tandis que les autres ont réalisé des bénéfices s'élevant à 703 624 euros au total. Les pertes ont été entièrement couvertes à l'aide des fonds du FRBRTC octroyés à la commune. Les bénéfices ont été reportés à l'année suivante, ce qui explique pourquoi la compensation du déficit enregistré en 1999 ne couvre que partiellement ce déficit. Le reste du déficit a été compensé par les bénéfices non distribués de la période 1996-1998. Le tableau 10 montre aussi que hormis de très légères surcompensations techniques en 2000, 2010, 2011, 2013 et 2014 (dans chaque cas, pas plus de 0,12 % de la compensation attribuée pour ces années-là), les HIS percevaient chaque année une compensation insuffisante. Cette sous-compensation globale s'élève à plus de 9 millions d'euros pour la période 1999-2014.

Tableau 10: Déficit comptable et compensation accordée pour les HIS (en euros)

HIS	Déficit comptable	Financé via le FRBRTC ou une subvention spéciale de la Région	Contributions communales supplémentaires	Compensation totale accordée	Surcompensation(+) ou sous-compensation(-) pour l'année	Surcompensation(+) ou sous-compensation(-) globale
1999	-1 248 404	446 209	0	446 209	-802 195	-98 571*
2000	-7 220 971	7 221 056	0	7 221 056	85	-98 486
2001	-14 782 680	14 782 680	0	14 782 680	0	-98 486
2002	-12 978 574	12 978 572	0	12 978 572	-2	-98 488
2003	-7 990 196	3 765 000	0	3 765 000	-4 225 196	-4 323 684
2004	-5 941 987	3 765 000	0	3 765 000	-2 176 987	-6 500 671
2005	-4 440 896	3 765 000	0	3 765 000	-675 896	-7 176 566
2006	-5 022 247	3 765 000	0	3 765 000	-1 257 247	-8 433 813
2007	-3 882 170	3 765 000	0	3 765 000	-117 170	-8 550 983
2008	-3 779 570	3 765 000	0	3 765 000	-14 570	-8 565 553
2009	-3 774 545	3 765 000	0	3 765 000	-9 545	-8 575 098
2010	-3 387 655	3 388 500	0	3 388 500	845	-8 574 253

2011	-3 572 694	3 576 750	0	3 576 750	4 056	-8 570 197
2012	-3 767 190	3 765 000	0	3 765 000	-2 190	-8 572 387
2013	-3 761 761	3 765 000	0	3 765 000	3 239	-8 569 148
2014	-3 760 497	3 765 000	0	3 765 000	4 503	-8 564 645
	-89 312 036	80 043 767	0	80 043 767	-9 268 269	

* Après ajout des bénéficiaires non distribués de la période 1996-1998, soit 703 624 euros.

(241) Pour l'HUDERF, le tableau 11 ci-après montre de très légères surcompensations techniques en 1998, 2002 et 2007 (dans chaque cas, moins de 0,15 % de la compensation attribuée pour l'année considérée). En 2013, une surcompensation technique plus conséquente a été enregistrée (près de 17 % de la compensation attribuée pour l'année considérée). Cependant, alors que la compensation qu'il percevait était déjà nettement insuffisante en 2010 et 2011, l'HUDERF se trouvait encore globalement dans la même situation en 2013 concernant le SIEG et les activités connexes qu'il avait exécutés jusque-là. Pour toute la période 1996-2014, la sous-compensation réelle totale s'élève à plus de 700 000 euros. De plus, ainsi que cela a été démontré ci-dessus [voir le tableau 5 au considérant (234)], en pratique, l'HUDERF ne s'est à aucun moment trouvé en état de surcompensation effective l'obligeant à rembourser (partiellement) la compensation du déficit. En fait, il se trouvait en permanence dans une situation de sous-compensation, et la commune lui devait constamment de l'argent au cours de la période 1996-2014.

Tableau 11: Déficit comptable et compensation accordée pour l'HUDERF (en euros)

HUDERF	Déficit comptable	Financé via le FRBRTC ou une subvention spéciale de la Région	Contributions communales supplémentaires	Compensation totale accordée	Surcompensation(+) ou sous-compensation(-) pour l'année	Surcompensation(+) ou sous-compensation(-) globale
1996	-1 505 830	1 504 714	0	1 504 714	-1 116	-1 116
1997	-1 026 881	1 026 279	0	1 026 279	-602	-1 718
1998	-245 113	245 415	0	245 415	302	-1 417
1999	1 642	0	0	0	0	-1 417
2000	-484 951	484 949	0	484 949	-2	-1 419
2001	-1 218 954	1 218 000	0	1 218 000	-954	-2 373
2002	-479 490	480 000	0	480 000	510	-1 863
2003	-1 117 778	820 000	297 778	1 117 778	0	-1 862
2004	-781 981	781 981	0	781 981	0	-1 862
2005	-1 279 230	778 000	501 230	1 279 230	0	-1 863
2006	-2 494 074	778 000	1 716 074	2 494 074	0	-1 863
2007	-2 687 621	622 529	2 065 313	2 687 842	221	-1 642
2008	-2 314 050	871 350	1 442 700	2 314 050	0	-1 642
2009	-1 868 670	1 246 998	621 672	1 868 670	0	-1 642
2010	-1 823 049	1 401 628	0	1 401 628	-421 421	-423 062
2011	-1 620 663	1 220 232	0	1 220 232	-400 431	-823 493
2012	-945 316	945 316	0	945 316	0	-823 493
2013	-528 779	635 966	0	635 966	107 187	-716 306
2014	-618 000	618 000	0	618 000	0	-716 306
	-23 038 788	15 679 357	6 644 767	22 324 124	-716 306	

(242) Pour l'Institut Bordet, les résultats comptables entre 1996 et 2001 étaient positifs et il n'y a donc pas eu d'intervention de la commune pour ces années-là. À compter de 2002 cependant, le résultat comptable est devenu négatif, et des paiements ont donc été effectués pour compenser les déficits. Le tableau 12 ci-après montre de légères surcompensations techniques en 2005 et en 2011 (soit moins de 4 % et 0,5 %, respectivement, de la compensation accordée pour ces années). En 2009, il semble y avoir eu une surcompensation technique significative d'environ 580 000 EUR (soit près de 46 % de la compensation accordée pour cette année-là). Cependant, en 2008, une sous-compensation d'environ 533 000 euros (près de 505 000 euros sur une base agrégée) a été enregistrée. Cela donne globalement une surcompensation technique agrégée de 73 702 EUR seulement (moins de 6 % de la compensation accordée pour 2009), qui aurait pu être reportée à 2010²⁸³ (tandis que pour 2010, jusqu'à présent, aucune compensation n'a été accordée). De plus, lors de chacune des années examinées, l'Institut Bordet était toujours dans l'attente d'une compensation des déficits enregistrés [voir le tableau 6 au considérant (234)]. En 2009, la commune devait à l'Institut 3 millions d'euros environ. Pour toute la période 1996-2014, la sous-compensation effective s'élève à plus de 2,4 millions d'euros au total. Comme expliqué au considérant (234), les bénéfices des années 1996-2001 réduisent le solde restant dû des communes, car celles-ci déduisent ces bénéfices avant d'intervenir.

Tableau 12: Déficit comptable et compensation accordée pour l'Institut Bordet (en euros)

Institut Bordet	Déficit comptable	Financé via le FRBRTC ou une subvention spéciale de la Région	Contributions communales supplémentaires	Compensation totale accordée	Surcompensation(+) ou sous-compensation(-) pour l'année	Surcompensation(+) ou sous-compensation(-) globale
1996	752 505	0	0	0	0	0
1997	170 241	0	0	0	0	0
1998	41 349	0	0	0	0	0
1999	44 371	0	0	0	0	0
2000	5 439	0	0	0	0	0
2001	154 518	0	0	0	0	0
2002	-4 929 105	4 929 106	0	4 929 106	1	1
2003	-4 916 506	2 025 000	2 891 506	4 916 506	0	1
2004	-2 001 995	1 321 316	680 679	2 001 995	0	1
2005	-771 467	800 000	0	800 000	28 533	28 534
2006	-1 817 630	1 800 000	17 630	1 817 630	0	28 533
2007	-1 874 162	1 208 531	665 631	1 874 162	0	28 533
2008	-1 624 347	1 055 516	35 509	1 091 025	-533 322	-504 789
2009	-688 005	1 266 496	0	1 266 496	578 491	73 702
2010	-655 634	0	0	0	-655 634	-581 932
2011	-838 644	841 506	0	841 506	2 862	-579 070
2012	-833 460	817 267	0	817 267	-16 193	-595 263
2013	-2 551 468	1 271 933	0	1 271 933	-1 279 535	-1 874 798
2014	-1 943 857	1 380 000	0	1 380 000	-563 857	-2 438 654

²⁸³

Voir à cet égard l'article 6 de la décision SIEG de 2005 et l'article 6, paragraphe 2, de la décision SIEG de 2012.

	-24 277 858	18 716 671	4 290 955	23 007 626	-2 438 654	
--	-------------	------------	-----------	------------	------------	--

(243) Comme expliqué ci-dessus [voir le considérant (236)], l'analyse de l'existence d'une surcompensation en faveur du CHU Brugmann pour les années 1996-1998 n'a pu être réalisée faute de données chiffrées. Le tableau 13 ci-après montre de légères surcompensations techniques en 2000, 2003, 2004, 2008 et 2011 (soit, dans chaque cas, pas plus de 7 % de la compensation accordée pour l'année considérée). Durant deux ans, soit en 1999 et 2012, la surcompensation technique s'est élevée à plus de 10 % de la compensation accordée pour l'année considérée (soit 15,3 % et 12,9 %, respectivement). En 2012, cependant, le CHU Brugmann se trouvait globalement dans une situation de sous-compensation, après avoir déjà perçu des compensations nettement insuffisantes en 2009 et en 2010 (soit une sous-compensation de 558 858 euros). En ce qui concerne l'année 1999, il n'existe pas de données chiffrées pour les années précédentes susceptibles d'être prises en compte pour évaluer la situation globale, en termes de compensation, du CHU Brugmann en 1999. Cependant, il est important de noter que les premiers paiements effectués par la commune (sur la base du financement du FRBRTC) n'ont commencé qu'en 2003 et que, comme le démontre le tableau 4 du considérant (234), le CHU Brugmann ne s'est à aucun moment trouvé en situation de surcompensation l'obligeant à rembourser (partiellement) la compensation du déficit à la commune. En effet, à tout moment au cours de la période 1996-2014, le CHU Brugmann se trouvait globalement dans une situation de sous-compensation, et la commune lui devait de l'argent pour couvrir les déficits passés. Pour cette période, la sous-compensation effective s'élevait à 935 000 euros environ au total.

Tableau 13: Déficit comptable et compensation accordée pour le CHU Brugmann (en euros)

CHU Brugmann	Déficit comptable	Financé via le FRBRTC ou une subvention spéciale de la Région	Contributions communales supplémentaires	Compensation totale accordée	Surcompensation(+) ou sous-compensation(-) pour l'année	Surcompensation(+) ou sous-compensation(-) globale
1999	-508 171	600 000	0	600 000	91 829	91 829
2000	-3 755 229	3 755 587	0	3 755 587	358	92 188
2001	-5 440 039	5 440 000	0	5 440 000	-39	92 149
2002	-1 976 934	1 976 933	0	1 976 933	-1	92 149
2003	-1 697 238	1 770 000	0	1 770 000	72 762	164 911
2004	-1 442 292	1 457 000	0	1 457 000	14 708	179 619
2005	-7 413 186	3 657 000	3 756 186	7 413 186	0	179 619
2006	-14 180 725	3 657 000	10 523 725	14 180 725	0	179 619
2007	-6 954 466	4 125 610	2 828 856	6 954 466	0	179 619
2008	-6 308 290	3 999 767	2 505 046	6 504 813	196 523	376 142
2009	-6 228 859	3 231 504	2 600 612	5 832 116	-396 743	-20 601
2010	-5 011 208	3 644 432	169 179	3 813 611	-1 197 597	-1 218 198
2011	-2 982 442	3 206 932	0	3 206 932	224 490	-993 708
2012	-2 945 806	3 380 656	0	3 380 656	434 850	-558 858
2013	-2 799 788	2 500 348	0	2 500 348	-299 440	-858 298
2014	-2 923 714	2 847 000	0	2 847 000	-76 714	-935 011
	-72 568 384	49 249 769	22 383 604	71 633 373	-935 011	

- (244) Enfin, les bénéfices limités déclarés par certains des hôpitaux IRIS (à savoir, le CHU Saint-Pierre en 2006, l'HUDERF en 1999 et l'Institut Bordet entre 1996 et 2001) ne peuvent être considérés comme une indication de surcompensation. En effet, sur la base de la séparation des comptes en vigueur [voir le considérant (226)] dans ces hôpitaux IRIS, la Commission conclut que ces bénéfices, dans tous les cas sauf un, découlent des bénéfices générés par les activités connexes [voir les considérants (41), (116) et (117)] exécutées par ces hôpitaux IRIS. Les activités liées au SIEG de l'Institut Bordet ont généré un bénéfice limité en 1996 de l'ordre de 1 % des recettes totales de l'hôpital pour cette année-là. La Commission estime qu'en tout état de cause, un bénéfice aussi limité serait raisonnable et ne donnerait donc pas lieu à une surcompensation. De plus, comme expliqué ci-dessus [voir le considérant (234)], tous les bénéfices (qu'ils découlent du SIEG ou des activités connexes) sont conservés et utilisés pour compenser les futurs déficits (ou les déficits passés impayés) et ainsi réduire la contribution des communes.
- (245) Eu égard aux considérations qui précèdent, la Commission conclut qu'en raison du retard dans les paiements de la compensation du déficit, du fait qu'à tout moment au cours de la période 1996-2014, les communes concernées devaient à chacun des hôpitaux IRIS d'importants montants au titre de la compensation des déficits, et du fait que chacun des hôpitaux IRIS se trouvait globalement dans une situation de sous-compensation, aucun hôpital IRIS n'a en pratique bénéficié d'une surcompensation.

7.3.6. *Contrôle de la surcompensation*

- (246) La troisième condition de compatibilité essentielle prévue par la décision SIEG de 2012 impose aux États membres de prendre des mesures afin de veiller à ce que les entreprises chargées de la prestation de SIEG ne bénéficient d'aucune surcompensation et oblige les États membres à procéder ou à faire procéder à des contrôles réguliers tous les trois ans au moins²⁸⁴. De plus, si une entreprise a effectivement bénéficié d'une surcompensation, les États membres sont tenus d'exiger de l'entreprise concernée qu'elle la rembourse²⁸⁵.
- (247) Tout d'abord, il est à noter qu'en ce qui concerne la couverture du déficit en cause, la nature même de ce mécanisme de compensation réduit déjà fortement le risque de surcompensation et est donc une mesure qui contribue à éviter la surcompensation. En effet, les communes ne peuvent couvrir que le déficit réel enregistré par les hôpitaux IRIS à la suite de leur prestation de services économiques d'intérêt général et des activités connexes limitées. La compensation ne couvre donc que les coûts nets résiduels [voir le considérant (226)] supportés lors de l'exécution de ces SIEG et des activités connexes et n'inclut même pas un bénéfice raisonnable. Tous les paiements sont effectués *ex post*, autrement dit après que les déficits ont été enregistrés [voir à cet égard les tableaux du considérant (234)]. Les paiements sont effectués en plusieurs versements [tel qu'illustré par les tableaux du considérant (234)], ce qui garantit que les communes peuvent retenir un paiement au moindre signe de risque de surcompensation. Les communes vérifient aussi le montant des déficits impayés agrégés avant d'effectuer un paiement en faveur des hôpitaux IRIS. Comme expliqué ci-dessus [voir le considérant (235)], les communes et les hôpitaux IRIS ont aussi convenu de rembourser immédiatement la compensation du déficit en vertu de l'article 109 de la LCH afin d'éviter toute double

²⁸⁴ Article 6, paragraphe 1, de la décision SIEG de 2012.

²⁸⁵ Article 6, paragraphe 2, de la décision SIEG de 2012.

couverture du même déficit. Il n'existe donc qu'un risque résiduel limité et théorique de surcompensation technique lorsque la compensation est analysée chaque année prise isolément [voir les considérants (237) et (238)]. Cependant, en pratique, aucun des hôpitaux IRIS n'a globalement jamais bénéficié d'une surcompensation réelle puisque, à tout moment au cours de la période 1996-2014, les communes devaient aux hôpitaux IRIS d'importantes sommes de compensation de déficit impayée [comme le confirment les tableaux du considérant (234)].

- (248) Deuxièmement, la loi du 14 novembre 1983²⁸⁶ relative au contrôle de l'octroi et de l'emploi de certaines subventions définit les règles applicables au contrôle des subventions octroyées, en particulier par les autorités locales. Elle contient les mêmes règles que l'ordonnance organique bruxelloise du 23 février 2006 qui définit les dispositions applicables au budget, aux comptes et aux audits²⁸⁷ et qui elle-même incorpore pour la Région de Bruxelles-Capitale les règles générales définies dans la loi du 16 mai 2003 fixant les dispositions générales applicables aux budgets, au contrôle des subventions et à la comptabilité des communautés et des régions, ainsi qu'à l'organisation du contrôle de la Cour des comptes belge²⁸⁸. L'article 1 de la loi du 14 novembre 1983 dispose que:

«La présente loi s'applique à toute subvention accordée par:

1° les provinces, les communes, les établissements d'intérêt provincial ou communal dotés de la personnalité juridique, les agglomérations, les fédérations de communes, les commissions de la culture, les associations de provinces et les associations de communes;

2° les personnes morales ou physiques subventionnées directement ou indirectement par l'un des dispensateurs visés au 1°.»

L'article 2 de cette loi définit aussi son champ d'application très vaste et dispose que:

«Par subvention, il y a lieu d'entendre [...] toute contribution, avantage ou aide, quelles qu'en soient la forme ou la dénomination, en ce compris les avances de fonds récupérables consenties sans intérêts, octroyées en vue de promouvoir des activités utiles à l'intérêt général [...].»

Il ressort clairement des articles susvisés que la compensation du déficit accordée par les communes bruxelloises aux hôpitaux IRIS pour l'exécution de SIEG et d'activités connexes relève du champ d'application de cette loi.

- (249) L'article 3 de la loi du 14 novembre 1983 établit le principe selon lequel la subvention doit être exclusivement utilisée aux fins pour lesquelles elle a été octroyée et le bénéficiaire doit pouvoir justifier son emploi. Les articles 4 et 5 définissent d'autres règles concernant l'octroi de telles subventions et les obligations de transparence imposées au bénéficiaire. Les articles 6 et 7 définissent les règles concernant le contrôle effectué par ou au nom du dispensateur de subventions à l'égard de l'emploi des subventions. En particulier, l'article 6 dispose que:

«Tout dispensateur [de subventions] a le droit de faire procéder sur place au contrôle de l'emploi de la subvention accordée.»

²⁸⁶ Moniteur belge du 6 décembre 1983, p. 15009.

²⁸⁷ Moniteur belge du 23 mars 2006, p. 16710.

²⁸⁸ Moniteur belge du 25 juin 2003, p. 33692.

L'article 7 prévoit les obligations de remboursement et de recouvrement des subventions. Cet article est libellé comme suit:

«Sans préjudice des dispositions résolutives auxquelles la subvention est soumise, le bénéficiaire est tenu de restituer celle-ci dans les cas suivants:

1° lorsqu'il n'utilise pas la subvention aux fins en vue desquelles elle lui a été accordée;

2° lorsqu'il ne fournit pas l'une des justifications visées aux articles 4 et 5;

3° lorsqu'il s'oppose à l'exercice du contrôle visé à l'article 6.

Toutefois, dans le cas prévu à l'alinéa 1°, 2°, le bénéficiaire ne doit restituer que la partie de la subvention qui n'est pas justifiée.

Les personnes morales de droit public qui ont le pouvoir d'établir des impositions directes sont autorisées à recouvrer par voie de contrainte les subventions sujettes à restitution. La contrainte est décernée par le comptable chargé du recouvrement. Elle est rendue exécutoire par l'autorité administrative habilitée à rendre exécutoire le rôle des dispositions directes respectives desdites personnes morales de droit public.»

(250) La loi permet donc aux communes de garantir que les subventions sont octroyées conformément aux conditions nécessaires et de contrôler l'emploi et le recouvrement des sommes non requises. Le paiement de la compensation des déficits par les communes est donc soumis à des règles très strictes. Leur acceptation par les hôpitaux concernés implique un droit d'inspection par une autorité indépendante, qui peut garantir que la subvention a effectivement été affectée à l'usage pour lequel elle a été octroyée. Dans le cas contraire, l'hôpital est tenu de la restituer immédiatement, ce qui garantit le recouvrement de toute surcompensation en faveur des hôpitaux IRIS.

(251) Cela est corroboré par la loi CPAS, dont l'article 60, paragraphe 6, dispose que:

«La création ou l'extension d'établissements ou services qui sont susceptibles de bénéficier de subventions au niveau soit des investissements, soit du fonctionnement, ne peut être décidée que sur base d'un dossier faisant apparaître que les conditions prévues par la législation ou la réglementation organique pour l'octroi de ces subventions seront respectées.»

Si un CPAS aide un hôpital public, preuve doit être faite que les règles relatives à l'octroi du financement seront observées.

(252) De même, l'article 135 *octies* de la loi CPAS définit les modalités de surveillance des associations locales relevant du chapitre XII (en l'espèce, les hôpitaux IRIS) par l'association faitière (en l'espèce, IRIS) tous les trimestres. En particulier, cela signifie qu'IRIS contrôle la conformité des décisions prises par les hôpitaux IRIS avec:

«1° le plan stratégique général et d'établissement de l'activité hospitalière et les décisions prises en application de celui-ci;

2° le plan d'établissement et le plan financier arrêtés par l'association locale sur la base des lignes directrices fixées par l'association faitière ainsi que les corrections et mises à jour qui y sont apportées;

3° le budget annuel arrêté par l'association locale sur la base des lignes directrices fixées par l'association faîtière.

En cas de non-conformité, l'association faîtière prendra toutes les mesures qu'elle juge utiles afin de mettre fin à la non-conformité et les communique pour exécution dans le délai qu'elle détermine à l'association locale concernée.

En cas d'inexécution des mesures par l'association locale concernée dans le délai imparti, l'association faîtière peut sans délai charger le commissaire visé à l'article 135 novies de se substituer à l'organe défaillant de l'association locale.»

- (253) Il ressort des dispositions ci-dessus que tant la loi CPAS que la loi du 14 novembre 1983 permettent aux communes bruxelloises de garantir que les subventions octroyées aux hôpitaux IRIS sont correctement utilisées et n'entraînent pas de surcompensation. L'application conjointe de ces dispositions facilite le contrôle de la surcompensation et prévoit le recouvrement des surcompensations. De plus, en cas de non-conformité, un pouvoir de substitution est conféré à un tiers afin de garantir que ces obligations imposées aux hôpitaux IRIS sont remplies, en particulier à l'égard du budget. Les communes, les CPAS et l'association faîtière IRIS disposent donc de pouvoirs de contrôle étendus même s'il n'existe pratiquement aucun risque de surcompensation en vertu du mécanisme de compensation des déficits en cause dans la présente décision.
- (254) En outre, lorsque les comptes d'exploitation de l'hôpital public affichent un déficit, le collège des bourgmestres et échevins peut, en vertu des articles 111, paragraphe 2, et 126 de la loi CPAS, suspendre l'exécution de *«toute décision du CPAS qui nuit à l'intérêt communal et notamment aux intérêts financiers de la commune.»*
- (255) Enfin, il convient de souligner que les autorités qui octroient la mesure d'aide en cause (à savoir, les communes et les CPAS) contrôlent directement les bénéficiaires. En particulier, ces autorités disposent de la majorité des voix aux conseils d'administration des hôpitaux IRIS qui, entre autres, nomment le directeur général de leurs hôpitaux respectifs. Dans l'hypothèse peu probable où un hôpital IRIS refuserait de rembourser la surcompensation, les autorités publiques pourraient aisément remplacer le directeur général afin de remédier à cette situation. Par ailleurs, tel que requis par les statuts de chaque hôpital IRIS, le conseil d'administration se réunit au moins huit fois par an, ce qui permet aux autorités qui ont octroyé l'aide de suivre de près la situation financière des hôpitaux IRIS (au moyen, notamment, des rapports trimestriels qui couvrent ce sujet, tel que requis par les statuts).
- (256) Eu égard aux considérations qui précèdent, la Commission conclut qu'il existe des modalités suffisantes pour éviter, détecter et recouvrer les surcompensations tandis que le risque de surcompensation réelle semble très limité étant donné la nature de la mesure d'aide en cause.

7.3.7. Durée des mandats

- (257) L'article 2, paragraphe 2, de la décision SIEG de 2012 prévoit que la décision ne s'applique qu'aux mandats dont la durée ne dépasse pas dix ans, à moins qu'une durée supérieure ne puisse se justifier par la nécessité pour l'entreprise mandatée d'amortir des investissements importants sur une plus longue période, conformément aux principes comptables généralement admis.

- (258) La durée des statuts des hôpitaux IRIS, qui, au niveau communal, sont les mandats pertinents en l'espèce, est fixée à 30 ans. La Commission estime qu'une durée aussi longue est justifiée par la nécessité pour les hôpitaux IRIS de consentir des investissements importants en tant que prestataires de SIEG mandatés. Plus précisément, les actifs les plus importants des hôpitaux IRIS sont leurs immeubles (qui représentent plus de 60 % de la valeur de leurs actifs), qui sont amortis sur une période de 30 ans, conformément aux principes comptables généralement admis²⁸⁹. Par ailleurs, les plans stratégiques IRIS, qui précisent les obligations supplémentaires qui incombent aux hôpitaux IRIS, ont aussi une durée limitée, qui est encore inférieure. Le premier plan stratégique couvrait la période 1996-2001. Le deuxième plan stratégique couvrait initialement la période 2002-2006, mais il a ensuite été modifié et prolongé jusqu'à la fin de 2014. Un nouveau plan stratégique pour la période 2015-2018 a été adopté en janvier 2015.
- (259) De plus, la loi du 10 avril 2014²⁹⁰ a limité la durée du mandat fédéral relatif à la mission hospitalière de base²⁹¹ en modifiant l'article 105 de la version actuelle de la LCH²⁹². En particulier, l'article 105 exige à présent que la période pour laquelle le BMF est octroyé ne dépasse pas dix ans, sauf pour les éléments du BMF qui couvrent le coût des investissements hospitaliers importants nécessitant un amortissement sur une période plus longue, conformément aux principes comptables généralement admis. Enfin, l'autorisation individuelle que les hôpitaux doivent posséder afin de pouvoir prétendre au financement BMF a aussi une durée limitée (qui dépend de la région, mais qui est généralement d'environ cinq ans et, en tout état de cause, de dix ans au maximum).
- (260) La Commission estime donc que l'obligation en vertu de l'article 2, paragraphe 2, de la décision SIEG de 2012 de limiter la durée du mandat et de justifier cette durée est remplie.

7.3.8. *Transparence*

- (261) Enfin, la décision SIEG de 2012 exige que les États membres publient certaines informations. Plus précisément, pour les compensations supérieures à 15 millions d'euros accordées à une entreprise ayant aussi des activités qui se situent en dehors du cadre du service d'intérêt économique général, l'article 7 de la décision SIEG de 2012 exige que les États membres publient sur l'internet ou par d'autres moyens appropriés le mandat (ou une synthèse incluant les éléments indiqués à l'article 4 de ladite décision) et les montants annuels correspondant à l'aide octroyée à l'entreprise.
- (262) L'obligation de transparence de la décision SIEG de 2012 s'applique aux *«compensations supérieures à 15 millions d'euros accordées à une entreprise ayant aussi des activités qui se situent en dehors du cadre du service d'intérêt économique général»*. Comme indiqué aux tableaux 9 à 13, le montant de la compensation communale du déficit par hôpital IRIS ne dépasse jamais, pour aucune année, le seuil

²⁸⁹ Cette période d'amortissement est imposée par l'arrêté royal du 19 juin 2007 qui s'applique à tous les hôpitaux belges [voir aussi le considérant (226)].

²⁹⁰ Moniteur belge du 30 avril 2014, p. 35442. Applicable à compter du 10 mai 2014.

²⁹¹ Comme expliqué au considérant (166), la Commission estime que les trois obligations supplémentaires n'auraient pas été confiées en l'absence de la mission hospitalière de base. Dans ce contexte, la Commission juge bon d'apprécier la durée du mandat relatif à la mission hospitalière de base.

²⁹² Autrement dit, la loi coordonnée sur les hôpitaux du 10 juillet 2008 (Moniteur belge du 7 novembre 2008, p. 58624).

de 15 millions d'euros. La Commission estime donc que l'obligation de transparence en vertu de l'article 7 de la décision SIEG de 2012 ne s'applique pas en l'espèce.

7.3.9. *Synthèse des conclusions sur la compatibilité de l'aide avec le marché intérieur*

(263) Eu égard aux considérations qui précèdent, la Commission conclut que la compensation des déficits des hôpitaux publics bruxellois IRIS par les communes bruxelloises depuis 1996, qui fait l'objet de la présente décision, est conforme aux exigences de la décision SIEG de 2012 et est donc compatible avec le marché intérieur en application de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE.

(264) Il découle de la conclusion ci-dessus et des explications données aux considérants (148) à (152) que la Commission n'a pas besoin d'apprécier si la compensation des déficits des hôpitaux publics bruxellois IRIS par les communes bruxelloises est aussi compatible avec le marché intérieur en application de la décision SIEG de 2005 (pour l'aide octroyée entre le 19 décembre 2005 et le 31 janvier 2012) ou de l'encadrement SIEG de 2012.

7.4. **Observations finales**

(265) Comme expliqué ci-dessus [voir le considérant (159)], dans son arrêt en annulation du 7 novembre 2012, le Tribunal a renvoyé au principe d'égalité de traitement. Dans ce contexte, la Commission rappelle que le principe de non-discrimination/d'égalité de traitement ne figure pas parmi les critères de compatibilité de la décision SIEG de 2012. Néanmoins, en l'espèce, la Commission conclut qu'en tout état de cause, ce principe est respecté puisque les hôpitaux IRIS et les hôpitaux privés bruxellois se trouvent dans une situation différente sur le plan juridique et sur le plan factuel étant donné que la portée de la mission de SIEG des hôpitaux IRIS publics est plus vaste que celle des hôpitaux privés et est donc plus coûteuse à exécuter (comme expliqué ci-dessus, voir le point 7.3.4.1). A titre surabondant, la Commission observe que les hôpitaux IRIS publics sont soumis à un certain nombre de contraintes ainsi que de coûts supplémentaires [voir les considérants (42) et (43)] lors de l'exécution du SIEG dont ils sont chargés.

(266) Dès lors que les hôpitaux IRIS et les hôpitaux privés bruxellois se trouvent dans des situations différentes/non comparables, la compensation des déficits des hôpitaux IRIS ne saurait être considérée comme une violation du principe d'égalité de traitement.

8. **CONCLUSION**

(267) Eu égard à l'appréciation ci-dessus, la Commission décide que l'aide d'État en cause en l'espèce est compatible avec le marché intérieur en vertu de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE.

A ADOPTÉ LA PRÉSENTE DÉCISION:

Article premier

L'aide d'État octroyée sous la forme d'une compensation des déficits des hôpitaux publics bruxellois IRIS par les communes bruxelloises depuis 1996 est compatible avec le marché intérieur en vertu de l'article 106, paragraphe 2, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

Article 2

Le Royaume de Belgique est destinataire de la présente décision.

Fait à Bruxelles, le 5.7.2016

Par la Commission

Margrethe VESTAGER
Membre de la Commission

