



COMMISSION EUROPÉENNE

Bruxelles, le 01.10.2014  
C(2014) 6833 final

VERSION PUBLIQUE

Ce document est publié uniquement pour  
information.

**Objet: Aide d'Etat n° SA.19864 (2014/C) (ex NN 54/2009) – Belgique  
Financement des hôpitaux publics IRIS en Région de Bruxelles-Capitale**

Monsieur le Ministre,

Par la présente, la Commission a l'honneur d'informer la Belgique qu'à la suite de l'Arrêt rendu par le Tribunal de l'Union européenne le 7 novembre 2012 dans l'affaire T-137/10, annulant la Décision de la Commission du 28 octobre 2009, elle est maintenant tenue d'ouvrir la procédure prévue à l'article 108, paragraphe 2, du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) au sujet des mesures susmentionnées.

## 1. LA PROCÉDURE

- (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 l'octroi présumé, depuis 1995, d'aides illégales et incompatibles avec le marché intérieur aux cinq hôpitaux publics (ci-après les «hôpitaux IRIS»)¹ du réseau IRIS² (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

<sup>1</sup> Voir la section 2.1 pour de plus amples informations sur ces hôpitaux publics.

<sup>2</sup> L'abréviation IRIS correspond à Interhospitalière régionale des infrastructures de soins.

Son Excellence Monsieur Didier REYNDERS  
Ministre des Affaires étrangères  
Rue des Petits Carmes, 15  
B - 1000 Bruxelles

droit privé (ci-après les «hôpitaux privés») et, *ut singuli*, par plusieurs hôpitaux membres de ces associations<sup>3</sup>.

- (2) La plainte se concentre sur les arguments suivants: i) l'absence ou le manque de clarté de la définition et du mandat des missions de service public spécifiques conférées uniquement aux hôpitaux IRIS; ii) la compensation des pertes desdits hôpitaux 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 (ci-après le «FRBRTC»); iv) le manque de transparence dans le mode de financement public des hôpitaux IRIS; et 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 hospitalières<sup>4</sup>.
- (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 courrier<sup>5</sup> et ont invité les plaignants 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.
- (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 (ci-après le «TPICE») contre la lettre du 10 janvier 2008, qu'ils considéraient comme une Décision de la Commission<sup>6</sup>. 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 2008<sup>7</sup>. Les deux procédures engagées devant le TPICE 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 Conseil<sup>8</sup>. 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 2009, 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

<sup>3</sup> Les plaignants avaient demandé que leurs identités respectives demeurent confidentielles. Cependant, en raison des recours en annulation introduits par ces parties et de l'Arrêt en annulation rendu par le Tribunal dans l'affaire T-137/10, ces identités sont désormais publiques [voir les points (4) et (6)]. Il convient aussi de noter que l'ABISP a retiré sa plainte.

<sup>4</sup> Ce dernier argument a été avancé par les plaignants pour la première fois vers la fin 2008.

<sup>5</sup> 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. Ils ont, en outre, 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.

<sup>6</sup> Affaire T-128/08, non encore publiée.

<sup>7</sup> Affaire T-241/08, non encore publiée.

<sup>8</sup> JO L 83 du 27.3.1999, p. 1. Règlement modifié par le règlement (UE) n° 734/2013 du Conseil du 22.7.2013.

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»)<sup>9</sup> 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 de l'Union européenne (ci-après le «Tribunal»)<sup>10</sup>. Ce dernier a annulé la Décision de la Commission par son Arrêt du 7 novembre 2012, 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 sérieux quant à la compatibilité des mesures en cause avec le marché intérieur, compte tenu des arguments avancés par les plaignants à cet égard. Selon le Tribunal, ces doutes auraient dû porter sur l'existence d'un mandat clairement défini relatif aux SIEG complémentaires spécifiques aux hôpitaux IRIS [voir le point (28) pour les SIEG en question], l'existence de paramètres de compensation clairs préalablement établis et l'existence de modalités permettant d'éviter toute surcompensation. 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 procédure<sup>11</sup>. Dans ce contexte, il convient de noter que ni les plaignants ni le Tribunal n'ont émis le moindre doute quant à la compatibilité avec le marché intérieur du financement public de la mission hospitalière dite «de base» [voir ci-dessous, les points (22), (87), (90) et (94)] qui est commune aux hôpitaux tant publics que privés en Belgique.
- (7) L'Arrêt en annulation du Tribunal oblige ainsi la Commission à ouvrir la procédure formelle d'examen prévue à l'article 108, paragraphe 2, du TFUE à l'égard des mesures de financement public des hôpitaux IRIS.

## **2. DESCRIPTION DE LA MESURE**

### **2.1. LES HOPITAUX PUBLICS IRIS**

- (8) La présente décision concerne les hôpitaux publics de la Région de Bruxelles-Capitale qui font partie du réseau IRIS. Il s'agit plus précisément des cinq hôpitaux publics généraux suivants: le CHU Brugmann (CHU-B), le CHU Saint-Pierre (CHU-SP), l'Hôpital universitaire des enfants Reine Fabiola (HUDERF), Iris-Sud (IS) et l'Institut Bordet (IB)<sup>12</sup>. Ensemble, ces cinq hôpitaux publics (les hôpitaux IRIS) exploitent environ 2 600 des 8 800 lits d'hôpitaux que compte la Région de Bruxelles-Capitale et

---

<sup>9</sup> JO L 312 du 29.11.2005, p. 6.

<sup>10</sup> Anciennement le Tribunal de première instance des Communautés européennes (TPICE), renommé le Tribunal de l'Union européenne à partir du 1<sup>er</sup> décembre 2009 avec l'entrée en vigueur du Traité de Lisbonne.

<sup>11</sup> Affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, point 313).

<sup>12</sup> Certains de ces hôpitaux exercent leurs activités sur plusieurs sites. 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 l'IS sur quatre sites (Etterbeek-Ixelles, J. Bracops, Molière-Longchamp et Baron Lambert).

emploient près de 10 000 professionnels. Les hôpitaux IRIS donnent plus de un million de consultations médicales par an<sup>13</sup>.

- (9) Les hôpitaux IRIS n'existent sous leur forme actuelle que depuis la fin de l'année 1995. Avant 1996, les hôpitaux publics bruxellois n'avaient pas de personnalité juridique propre et étaient placés sous la tutelle des Centres publics d'action sociale (ci-après «CPAS»), qui les géraient. Les CPAS sont des organismes publics, dotés d'une personnalité juridique, institués par la Loi organique du 8 juillet 1976<sup>14</sup> (ci-après la «Loi CPAS», voir également la section 2.3.2). Chaque commune belge a son propre CPAS. Ce dernier 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. Si le CPAS est en déficit, il revient à la commune dont il dépend de compenser ce dernier.
- (10) Les communes et les CPAS<sup>15</sup> de la Région de Bruxelles-Capitale présentaient tous des déficits financiers structurels, principalement causés par les déficits des hôpitaux publics placés sous leur tutelle. Afin de mettre un terme à cette situation de déficits permanents et pour garantir la continuité et la viabilité des hôpitaux publics bruxellois, en 1994, le gouvernement régional bruxellois a décidé de restructurer ces derniers. Les modalités juridiques et pratiques nécessaires à cette restructuration ont été adoptées en 1994 et 1995.
- (11) En ce qui concerne le volet structurel, le plan de restructuration prévoyait la liquidation des anciens hôpitaux publics et le transfert de leurs activités vers de nouvelles structures juridiques autonomes (à savoir les hôpitaux IRIS). Pour chacun de ces hôpitaux, une association de droit public a été établie sur la base des dispositions du Chapitre XII de la Loi CPAS. Les hôpitaux IRIS ont ainsi obtenu leur autonomie juridique et financière en janvier 1996. Pour chaque hôpital, ces associations ont été formées entre la ou les communes concernées, le ou les CPAS compétents, 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). Chacun des cinq hôpitaux IRIS dispose d'une assemblée générale et d'un conseil d'administration au sein desquels ces différentes parties sont représentées, mais dans chaque cas, les représentants des pouvoirs publics (c'est-à-dire la commune et le CPAS) détiennent une grande majorité des sièges de ces organes de décision. Il ne fait donc aucun doute que chacun des hôpitaux IRIS est contrôlé par les autorités publiques.
- (12) Les hôpitaux IRIS sont membres d'IRIS, une organisation faîtière qui a été établie le 1<sup>er</sup> janvier 1996. IRIS contrôle et coordonne les activités de ces hôpitaux<sup>16</sup>. IRIS est placée sous le contrôle des autorités locales et régionales (c'est-à-dire les communes, les CPAS et la Région de Bruxelles-Capitale), qui détiennent une large majorité des voix au sein de son assemblée générale et de son conseil d'administration. IRIS a pour principal

---

<sup>13</sup> Ces chiffres se fondent sur les informations fournies par les autorités belges pour l'année 2012 et sur les informations figurant sur le site internet d'IRIS (<http://www.iris-hopitaux.be>).

<sup>14</sup> Moniteur Belge du 5 août 1976, p. 9876.

<sup>15</sup> Sont concernées les communes et les CPAS d'Anderlecht, de la Ville de Bruxelles, d'Etterbeek, d'Ixelles, de Schaerbeek et de Saint-Gilles, puisque seules ces communes ont des hôpitaux publics généraux sous leur tutelle.

<sup>16</sup> Ce contrôle 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).

objectif d'atteindre un équilibre financier durable pour les activités hospitalières exercées par les hôpitaux IRIS. En conséquence, 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. Le volet financier de la restructuration sera décrit plus en détail à la section 2.4 de la présente décision.

## **2.2. FINANCEMENT DES HOPITAUX IRIS**

### **2.2.1. Financement général**

(13) La Loi du 7 août 1987<sup>17</sup> (Loi coordonnée sur les hôpitaux, ci-après la «LCH») décrit les différentes sources de financement des hôpitaux belges, qu'il s'agisse d'établissements publics ou privés. Au total, on distingue cinq sources de financement différentes pour les hôpitaux. Les frais d'exploitation des hôpitaux belges sont principalement couverts par les trois premières<sup>18</sup>, tandis que les quatrième et cinquième sources de financement concernent les frais d'investissement des hôpitaux.

- a) La première source de financement est le budget des moyens financiers (ci-après le «BMF»)<sup>19</sup>, qui est établi par le Ministre fédéral en charge de la santé publique et qui ne tient uniquement compte que 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. 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, 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 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 coûts qui sont admis et les critères qu'il convient d'appliquer à cet égard<sup>20</sup>. Le BMF contient notamment une sous-partie B8 prévoyant un financement complémentaire (limité) pour les hôpitaux qui accueillent une grande proportion de patients défavorisés sur le plan socio-économique. Le financement accordé au titre de la sous-partie B8 du BMF ne compense cependant pas les coûts réels supportés par les hôpitaux. Dans

---

<sup>17</sup> 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).

<sup>18</sup> En septembre 2013, la Mutualité chrétienne, une des mutuelles belges les plus importantes (les mutuelles sont des organismes 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 %.

<sup>19</sup> Voir les articles 87 et suivants de la Loi du 7 août 1987.

<sup>20</sup> Voir les articles 24 à 87 de l'Arrêté royal du 25 avril 2002 (Moniteur Belge du 5 juillet 2002, p. 30290).

la pratique, un montant forfaitaire est réparti (sur la base de critères définis dans l'Arrêté royal) entre les hôpitaux qui remplissent les conditions fixées<sup>21</sup>.

- b) La deuxième source de financement provient des montants reçus de la part 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 mode de financement est prévu par la Loi Assurance maladie-invalidité (ci-après la «Loi AMI»), qui est la Loi qui instaure le système de sécurité sociale belge en ce qui concerne l'assurance maladie-invalidité<sup>22</sup>. 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 réalisation de leurs prestations hospitalières.
- 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 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<sup>23</sup>. Les 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 occasionnés par les prestations médicales qui ne sont pas financés par le BMF<sup>24</sup>. 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

---

<sup>21</sup> Voir l'article 102, paragraphe 2, de la Loi du 7 août 1987.

<sup>22</sup> Voir la Loi du 9 août 1963, telle que modifiée (Moniteur Belge du 1<sup>er</sup> novembre 1963, p. 10555).

<sup>23</sup> Voir les articles 133 à 135 de la Loi du 7 août 1987.

<sup>24</sup> Voir l'article 140 de la Loi du 7 août 1987.

équipement et de première acquisition d'appareils<sup>25</sup>. 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 hospitalier<sup>26</sup>.

### **2.2.2. Financement complémentaire accordé aux hôpitaux IRIS**

- (14) L'article 109 de la LCH (devenu l'article 125 de la LCH dans sa version du 10 juillet 2008) prévoit un mécanisme de financement complémentaire dont seuls peuvent bénéficier les hôpitaux publics (tels que les hôpitaux IRIS). Plus précisément, les déficits des hôpitaux publics doivent être couverts par les communes qui les contrôlent (par l'intermédiaire de leur CPAS ou de structures centrales telles qu'IRIS). Le principe de la couverture des déficits par les communes était déjà inclus dans la Loi qui a précédé la LCH, à savoir la Loi du 23 décembre 1963<sup>27</sup>, et a été confirmé par l'article 34 de la Loi du 28 décembre 1973<sup>28</sup>. Les critères à prendre en compte pour la fixation des déficits que les communes sont tenues de couvrir sont définis par Arrêté royal<sup>29</sup>. Sur cette base, le Ministre fédéral en charge de la santé publique détermine chaque année le montant de ces déficits. Dans la pratique, le déficit qui doit être couvert tel que déterminé par le Ministre n'est pas exactement identique 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) contenus dans ces derniers sont exclus du premier<sup>30</sup>.
- (15) Selon les plaignants, la Région de Bruxelles-Capitale a choisi de reprendre *de facto* le rôle des communes bruxelloises concernées pour ce qui est du financement des déficits. Si les plaignants ne remettent pas en cause la compétence de la Région de Bruxelles-Capitale sur 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 (devenu l'article 125) de la LCH.
- (16) En particulier, les plaignants mentionnent spécifiquement les interventions du Fonds régional bruxellois de refinancement des trésoreries communales (ci-après le «FRBRTC») <sup>31</sup>. Ils avancent, en outre, que la Région de Bruxelles-Capitale elle-même

---

<sup>25</sup> Voir les articles 46 et suivants de la Loi du 7 août 1987.

<sup>26</sup> Voir l'article 47 de la Loi du 7 août 1987.

<sup>27</sup> Moniteur Belge du 1<sup>er</sup> 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.

<sup>28</sup> Moniteur Belge du 29 décembre 1973, p. 15027.

<sup>29</sup> 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 par l'Arrêté royal du 8 mars 2006 (Moniteur Belge du 12 avril 2006, p. 20232).

<sup>30</sup> Dans ce contexte, il convient de noter que jusqu'en 1982, les communes devaient même couvrir la totalité du déficit causé par les activités hospitalières.

<sup>31</sup> 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).

aurait aussi octroyé des subventions spéciales aux communes<sup>32</sup> (jusqu'à 10 millions d'euros par an depuis 2003), qui, selon eux, auraient été versées aux hôpitaux en tant qu'aide. Les plaignants concluent 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 du système fédéral de financement des hôpitaux.

- (17) La Commission fait observer que le mécanisme de financement du FRBRTC ne constitue vraisemblablement pas, en soi, un financement public des hôpitaux IRIS. À première vue, il semble que le FRBRTC redistribue simplement les fonds alloués par la Région de Bruxelles-Capitale aux communes responsables des hôpitaux IRIS, mais qu'aucun financement ne soit octroyé directement à ces derniers par le FRBRTC. De même, la Région de Bruxelles-Capitale accorde de toute évidence les subventions spéciales (jusqu'à 10 millions d'euros) uniquement aux communes et non aux hôpitaux IRIS eux-mêmes. Les mesures de financement en cause en l'espèce constituent de simples transferts de ressources publiques vers les hôpitaux IRIS et non des transferts de fonds entre la Région de Bruxelles-Capitale et les communes de Bruxelles. En conséquence, la Commission souhaite qu'il lui soit précisé si des fonds quelconques du FRBRTC, en l'occurrence les subventions spéciales, ont été directement transférés aux hôpitaux IRIS, ou si le FRBRTC et les subventions spéciales constituent de simples mécanismes de financement mis en place entre la Région de Bruxelles-Capitale et les communes de Bruxelles.

### **2.2.3. Obligations comptables générales**

- (18) Tous les hôpitaux (tant publics que privés) sont soumis à certaines 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 1975<sup>33</sup> relative à la comptabilité et aux comptes annuels des entreprises<sup>34</sup>. Les activités non hospitalières doivent obligatoirement être enregistrées séparément dans la comptabilité, étant donné que ces activités ne sont pas admissibles aux mécanismes de financement prévus par la LCH. Les hôpitaux sont également tenus de désigner un réviseur d'entreprise ayant pour tâche de certifier leur comptabilité et leurs comptes annuels<sup>35</sup>. Enfin, les hôpitaux sont tenus de communiquer certaines informations (financières) au Ministre fédéral en charge de la santé publique<sup>36</sup> et le Ministère de la santé publique est également chargé de contrôler le respect des dispositions de la LCH<sup>37</sup>.

### **2.3. CADRE LEGAL REGISSANT LE FONCTIONNEMENT DES HOPITAUX IRIS**

- (19) Les hôpitaux IRIS étant des hôpitaux publics, le cadre légal régissant leur fonctionnement est fixé par deux Lois organiques et leurs Arrêtés d'exécution. Il s'agit,

---

<sup>32</sup> Ces subventions spéciales ont été accordées sur le fondement de l'Ordonnance du 13 février 2003 (Moniteur Belge du 5 mai 2003, p. 24098).

<sup>33</sup> Moniteur Belge du 4 septembre 1975, p. 10847.

<sup>34</sup> Voir les articles 77 et 78 de la Loi du 7 août 1987.

<sup>35</sup> Voir les articles 80 à 85 de la Loi du 7 août 1987.

<sup>36</sup> Voir les articles 86 à 86 *ter* de la Loi du 7 août 1987.

<sup>37</sup> Voir l'article 115 de la Loi du 7 août 1987.

en particulier, de la LCH et de la Loi CPAS. Alors que la première s'applique aux hôpitaux tant publics que privés, la seconde ne s'applique qu'aux hôpitaux publics.

### 2.3.1. La LCH

- (20) En vertu de la LCH, tous les hôpitaux belges (à l'exception des hôpitaux militaires) sont chargés de certaines obligations de service public<sup>38</sup>. L'article 2 de la LCH dispose que:

*«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 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 admises 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»*

- (21) Cette Loi définit plus précisément, entre autres, les types d'hôpitaux qui peuvent être agréés officiellement<sup>39</sup>; les conditions de gestion d'un hôpital et la structure de l'activité médicale<sup>40</sup>; la programmation hospitalière<sup>41</sup>; les normes et conditions d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers<sup>42</sup>; les rapports légaux 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 centrale<sup>43</sup>.
- (22) Les hôpitaux qui remplissent les obligations énoncées dans la LCH sont considérés par l'État belge comme chargés de la prestation d'un service d'intérêt économique général (ci-après le «SIEG»), c'est-à-dire de la prestation de services hospitaliers, et ont dès lors droit à une compensation de la part de l'État [pour une description des types de compensation, voir le point (13) ci-dessus]<sup>44</sup>. Cette «**mission hospitalière de base**» est la mission de service public de base dont sont chargés tous les hôpitaux, qu'ils soient publics ou privés.

### 2.3.2. La Loi CPAS

- (23) Étant donné que les hôpitaux IRIS sont contrôlés par les CPAS et leurs communes respectives, ils sont également soumis à la Loi CPAS<sup>45</sup>. Les autorités belges expliquent

<sup>38</sup> Cette Loi, adoptée le 7 août 1987, est devenue applicable le 17 octobre 1987 et a été modifiée et remplacée par la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 (qui n'a pas modifié les dispositions de l'article 2).

<sup>39</sup> Voir les articles 2 à 7 de la Loi du 7 août 1987.

<sup>40</sup> Voir les articles 10 à 17 de la Loi du 7 août 1987.

<sup>41</sup> Voir les articles 23 à 45 de la Loi du 7 août 1987.

<sup>42</sup> Voir les articles 68 à 76 *sexies* de la Loi du 7 août 1987.

<sup>43</sup> Voir les articles 130 à 142 de la Loi du 7 août 1987.

<sup>44</sup> La question de savoir si les hôpitaux sont, dans les faits, chargés d'exercer des activités constituant des services d'intérêt économique général au sens de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE sera appréciée ci-dessous (à la section 3.4).

<sup>45</sup> L'article 147 de la LCH précise en effet explicitement que les dispositions de cette Loi complètent la Loi CPAS en ce qui concerne les hôpitaux gérés par un CPAS (ce qui est le cas des hôpitaux IRIS).

que pour ces hôpitaux publics, 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. En substance, elles considèrent que la «mission hospitalière de base», telle qu'elle est définie par la LCH, constitue une exigence minimale pour les hôpitaux publics, qui peut toutefois être complétée au niveau de chaque commune belge par des SIEG complémentaires sur le fondement de la Loi CPAS.

- (24) L'article 1<sup>er</sup> de la Loi CPAS dispose que toute personne a droit à l'aide sociale et crée des CPAS qui ont pour mission d'assurer cette aide. L'article 57 de cette même Loi précise que l'aide sociale peut prendre la forme d'une aide financière, d'une aide en nature (repas, vêtements, etc.), d'une aide sociale et relative au marché de l'emploi, ainsi que d'une aide médicale. L'article 60, paragraphe 6, de la Loi CPAS prévoit que le CPAS crée, là où cela se révèle nécessaire, des établissements ou services à caractère social, curatif ou préventif. C'est sur cette base qu'un CPAS peut établir un hôpital public (sous réserve de certaines conditions).
- (25) Dans ce contexte, les autorités belges font observer que lorsqu'un CPAS souhaite créer un hôpital (ou tout autre établissement nécessaire à la réalisation de ses missions), il doit remplir les conditions énoncées à l'article 60, paragraphe 6, de la Loi CPAS. En particulier, le CPAS doit établir la nécessité de créer un établissement (en l'espèce, un hôpital) en tenant compte, notamment, des besoins de la commune et/ou de la région et des établissements ou services similaires déjà en fonction. Selon les autorités belges, dans la pratique, cela signifie que si un CPAS décide que les établissements gérés par le secteur privé sont insuffisants, compte tenu de la répartition géographique des prestations de soins de santé, des besoins physiques et sociaux et de la liberté de choix des patients, ce CPAS est libre de décider de créer un hôpital. Les motifs qui justifient l'ouverture d'un hôpital constituent ensuite, selon les autorités belges, une contrainte pour le CPAS qui, pour fermer l'établissement, doit démontrer de la même façon que les raisons qui avaient justifié la décision initiale de le créer n'existent plus<sup>46</sup>.
- (26) La Commission n'a, à ce stade, pas pu établir clairement en quoi l'obligation pour les CPAS d'établir la nécessité de créer un hôpital diffère du mécanisme belge de programmation hospitalière prévu par la LCH, qui s'applique tant aux hôpitaux publics qu'aux hôpitaux privés. Le mécanisme de programmation consiste à déterminer, sur la base d'un besoin évalué par le pouvoir fédéral, un nombre maximal de lits d'hôpitaux répartis par région géographique. Il en résulte qu'à moins que la demande de lits d'hôpitaux n'augmente, toute création de lits (et, en ce sens, toute création d'hôpital) n'est autorisée que si des lits sont supprimés ailleurs. Les autorités belges indiquent que la décision d'un CPAS de fermer un hôpital doit nécessairement découler du constat que le besoin de création d'un hôpital qu'il avait préalablement établi est satisfait ailleurs. Elles concluent en affirmant que la lecture combinée de la LCH et de la Loi CPAS implique que contrairement à un hôpital privé, un hôpital public ne pourra fermer s'il n'y a pas création simultanée d'une offre de soins équivalente, que celle-ci soit privée

---

<sup>46</sup> À ce sujet, les autorités belges renvoient à un Arrêt du Conseil d'État belge du 9 décembre 2002 qui a annulé la cession, par un CPAS, d'une maison de repos publique à des propriétaires privés. Le Conseil d'État a jugé que la décision de fermer ou de céder un établissement créé par un CPAS ne peut nécessairement être prise qu'après une évaluation de la nécessité d'offrir des soins (de santé). Cette évaluation ne peut faire fi de l'évaluation faite conformément à l'article 60, paragraphe 6, de la Loi CPAS au moment où le CPAS a décidé de créer l'établissement.

ou publique. La Commission souhaite des précisions sur la nature exacte de l'obligation prévue à l'article 60, paragraphe 6, de la Loi CPAS, sur les possibilités de fermeture d'un hôpital public et sur la différence avec le mécanisme de programmation hospitalière.

- (27) Le chapitre XII de la Loi CPAS<sup>47</sup> autorise les CPAS à former une association avec un ou plusieurs autres CPAS, avec d'autres pouvoirs publics et/ou avec des personnes morales sans but lucratif. L'organisation faîtière IRIS et les hôpitaux IRIS sont considérés comme de telles associations [voir le point (11)]. La Loi CPAS précise<sup>48</sup> que les statuts de ces associations doivent mentionner, entre autres, l'objet ou les objets en vue desquels elles sont formées. L'article 135 *quinquies* de la Loi CPAS prévoit, en outre, que les associations faîtières (telles qu'IRIS) arrêtent des plans stratégiques qui s'imposent aux hôpitaux IRIS, qui ne peuvent y déroger (ces derniers devant, pour leur part, élaborer des plans d'établissement et financiers). Les autorités belges affirment que les SIEG complémentaires confiés aux hôpitaux IRIS en plus du SIEG que constitue la «mission hospitalière de base» [telle que définie par la LCH, voir le point (22)] sont issus de la Loi CPAS, des statuts IRIS et des plans stratégiques IRIS, ainsi que des statuts des hôpitaux IRIS<sup>49</sup>. La Commission observe à cet égard, que les CPAS et les hôpitaux IRIS ont aussi conclu des conventions «domicile de secours» (en 1996 ainsi qu'en 1998) qui pourraient être considérées comme déléguant certaines tâches des CPAS à ces hôpitaux.
- (28) Selon les autorités belges, les communes et CPAS concernés de Bruxelles ont choisi de confier aux hôpitaux IRIS les **SIEG complémentaires**<sup>50</sup> suivants, qui contribuent au respect de l'obligation de fournir une aide sociale conforme à la Loi CPAS [voir le point (23) pour de plus amples informations]:
- a) l'obligation de prise en charge de tout patient en toute circonstance (ci-après la «**mission de soins universelle**»): les hôpitaux IRIS ne peuvent pas refuser de prendre en charge les patients qui ne sont pas en mesure de payer leurs services, 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 (ci-après la «**mission multisite**»): 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.

---

<sup>47</sup> En particulier, son article 118 (dans la version de la Loi qui s'applique à la Région de Bruxelles-Capitale).

<sup>48</sup> Voir l'article 120 de cette Loi (idem).

<sup>49</sup> Les statuts et les plans stratégiques IRIS ainsi que les statuts des hôpitaux IRIS peuvent être considérés comme des actes de puissance publique parce que tant l'association IRIS que chaque hôpital IRIS sont contrôlés par les autorités locales et régionales (à savoir que la Région de Bruxelles-Capitale, les communes et les CPAS détiennent ensemble la majorité des voix au sein des organes de décision). Voir aussi, à ce sujet, l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, points 114 à 118). La question de savoir si ces SIEG ont été confiés aux hôpitaux au moyen d'un acte de mandatement dûment établi sera appréciée ci-dessous (à la section 3.4).

<sup>50</sup> 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 3.4).

L'option de rechange 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 d'assistance sociale aux patients et à leurs familles (ci-après la **«mission sociale complémentaire»**): 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, les assistants sociaux 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.
- (29) Pour résumer, on peut dire que, selon les autorités belges, tous les hôpitaux publics et privés sont investis, par la LCH, d'une «mission hospitalière de base». Par ailleurs, seuls les hôpitaux publics sont réputés avoir des missions hospitalières complémentaires, à savoir la «mission de soins universelle» et la «mission multisite». Conjointement avec la «mission hospitalière de base», ces missions hospitalières complémentaires forment la **«mission hospitalière étendue»** des hôpitaux publics. Les hôpitaux publics sont également présentés comme investis d'une «mission sociale complémentaire» que les hôpitaux privés ne sont prétendument pas tenus d'assumer.
- (30) Enfin, pour être exhaustif, il convient de préciser que les hôpitaux publics exercent aussi un certain nombre d'activités non hospitalières (par exemple, transport de patients en ambulance entre les hôpitaux; maisons de repos et de retraite; écoles infirmières; location de chambres; habitations protégées; et maisons de soins psychiatriques; ci-après les **«activités non hospitalières»**), qui ne relèvent pas d'une obligation de service public. Ces activités non hospitalières comprennent certaines activités économiques/commerciales telles que la vente de boissons aux visiteurs, la location de téléviseurs aux patients, la location de chambres à des tiers, l'exploitation d'une cafétéria et d'un parking. Il convient de noter que tous les hôpitaux (tant publics que privés) ont la possibilité d'exercer ce type d'activités et que ces dernières ne représentent habituellement qu'un très faible pourcentage de leurs recettes. En tout état de cause, la législation belge exige que les produits et charges correspondant à ces activités soient enregistrés dans des comptes séparés [voir aussi le point (18)].

#### **2.4. AIDE A LA RESTRUCTURATION DE 1995**

- (31) Comme indiqué plus haut (voir la section 2.1.), la restructuration des hôpitaux publics bruxellois placés sous la tutelle des CPAS et gérés par ceux-ci comportait deux volets, l'un structurel et l'autre financier. L'intervention financière des pouvoirs publics avait pour but de réduire le passif des hôpitaux publics (tel qu'il se présentait à la date du 31 décembre 1995) et, en particulier, de couvrir les déficits générés durant la période

1989-1995. Cette intervention a consisté en un prêt de 4 milliards de francs belges (100 millions d'euros environ), d'une durée de 20 ans<sup>51</sup>, accordé par la Région de Bruxelles-Capitale, par l'intermédiaire du FRBRTC mentionné plus haut, aux communes qui gèrent un hôpital public (par l'intermédiaire de leur CPAS). Ces communes ont ensuite reversé ces fonds à leurs hôpitaux publics afin de couvrir une partie de leur passif financier (le montant de 100 millions d'euros ne suffisant pas à couvrir la totalité de ce passif).

- (32) 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. Ces conditions ont été inscrites le même jour dans six conventions conclues entre la Région de Bruxelles-Capitale, les six communes concernées<sup>52</sup> et leurs CPAS respectifs, ainsi que les hôpitaux publics. En 1999, le gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale a constaté que les communes avaient respecté les plans financiers et a par conséquent confirmé que le prêt de 100 millions d'euros environ ne serait pas recouvré. Les hôpitaux publics ont contribué à la restructuration et à la consolidation en réduisant leur déficit cumulé, qui était de près de 200 millions d'euros initialement<sup>53</sup> (fin 1995), pour parvenir à des budgets quasiment à l'équilibre à la fin de l'année 1999.

### **3. APPRÉCIATION PRÉLIMINAIRE**

#### **3.1. LE DELAI DE PRESCRIPTION DE DIX ANS**

- (33) L'article 15, paragraphes 1 et 2, du règlement (CE) n° 659/1999 du Conseil, tel que modifié, prévoit que les pouvoirs de la Commission en matière de récupération de l'aide sont soumis à un délai de prescription de dix ans. Ce délai affecte l'exercice des pouvoirs conférés à la Commission pour ce qui est de la récupération potentielle des aides illégales.
- (34) En outre, en vertu de l'article 15, paragraphe 3, de ce même règlement, tel que modifié, toute aide à l'égard de laquelle le délai de prescription a expiré est réputée être une aide existante.
- (35) Le délai de prescription commence le jour où l'aide illégale est accordée au bénéficiaire, à titre d'aide individuelle ou dans le cadre d'un régime d'aides. Toute mesure prise par la Commission à l'égard de l'aide illégale présumée interrompt le délai de prescription et fait courir de nouveau le délai.
- (36) L'aide à la restructuration a été octroyée le 6 juin 1996 [voir les points (31) et (32)]. La Commission a pris une première mesure à l'égard de cette aide le 26 octobre 2006<sup>54</sup>, soit après l'expiration du délai de prescription applicable le 6 juin 2006.

---

<sup>51</sup> Voir l'accord de coopération conclu le 19 mai 1994 entre l'État fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire commune, ainsi que la décision du gouvernement de la Région Bruxelles-Capitale du 23 novembre 1995.

<sup>52</sup> Voir la note de bas de page 15 concernant ces communes.

<sup>53</sup> Il s'agit d'une estimation datant de 2001, car les déficits finaux des hôpitaux publics bruxellois pour la période 1989-1995 n'étaient pas encore connus à l'époque.

<sup>54</sup> Le 26 octobre 2006, la Commission a, pour la première fois, informé les autorités belges des éléments de la plainte ayant trait à cette restructuration et les a invitées à lui faire part de leurs observations.

- (37) En ce qui concerne le financement récurrent des déficits [voir les points (14) à (16)] des hôpitaux IRIS, la Commission a pris une première mesure le 22 mars 2006<sup>55</sup>. Une récupération éventuelle de l'aide illégale ne pourrait par conséquent couvrir que la période débutant le 22 mars 1996.
- (38) Dans le cadre de la procédure formelle d'examen, la Commission ne se penchera par conséquent que sur le financement public reçu par les cinq hôpitaux publics généraux bruxellois visés par la plainte qui sont énumérés au point (8), à l'exclusion de l'aide à la restructuration de 1995, afin de déterminer si cette mesure constitue une aide d'État et, dans l'affirmative, si elle est compatible avec le marché intérieur.

### **3.2. AIDE D'ÉTAT AU SENS DE L'ARTICLE 107, PARAGRAPHE 1, DU TFUE**

- (39) 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 réunies<sup>56</sup>:
- a) elle doit conférer un avantage économique sélectif à une entreprise;
  - b) elle doit être financée au moyen de ressources d'État;
  - c) elle doit fausser ou menacer de fausser la concurrence;
  - d) elle doit être de nature à affecter les échanges entre États membres.

#### **3.2.1. Avantage économique sélectif conféré à une entreprise**

##### **3.2.1.1. La notion d'entreprise**

###### *Principes généraux*

- (40) 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, les entités visées doivent exercer une activité économique<sup>57</sup>. 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 financement<sup>58</sup>. 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 marché<sup>59</sup>. 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

<sup>55</sup> La Commission a pris une première mesure à l'égard des autorités belges en leur adressant le 22 mars 2006 une demande de renseignements concernant le financement récurrent des déficits.

<sup>56</sup> 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 SpA (Rec. 2006, p. I-289, point 129).

<sup>57</sup> Affaires jointes C-180/98 à C-184/98, Pavel Pavlov e.a./Stichting Pensioenfond Medische Specialisten (Rec. 2000, p. I-6451, point 74).

<sup>58</sup> Affaire C-41/90, Höfner & Fritz Elser/Macrotron GmbH (Rec. 1991, p. I-1979, point 21) et affaires jointes C-180/98 à C-184/98, Pavel Pavlov e.a./Stichting Pensioenfond Medische Specialisten (Rec. 2000, p. I-6451, point 74).

<sup>59</sup> Affaire C-118/85, Commission des Communautés européennes/République italienne (Rec. 1987, p. 2599, point 7).

premières activités<sup>60</sup>. Le simple fait qu'une entité ne poursuive pas de but lucratif ne signifie pas nécessairement que ses activités n'ont pas un caractère économique<sup>61</sup>.

*La mission hospitalière étendue [telle que définie au point (29)]*

- (41) Lorsque des soins de santé sont fournis par des hôpitaux et d'autres prestataires de soins de santé contre rémunération<sup>62</sup>, que celle-ci soit versée directement par les patients ou qu'elle émane d'autres sources, ces soins doivent généralement être considérés comme constituant une activité économique<sup>63</sup>. Le financement dont bénéficient les hôpitaux IRIS par l'intermédiaire de diverses subventions des autorités fédérales ou locales [voir, par exemple, le point (13) a), b), d) et e), en ce qui concerne le financement public consenti à l'ensemble des hôpitaux et les points (14) à (17) pour ce qui est du financement complémentaire octroyé aux hôpitaux IRIS], auquel s'ajoutent les paiements directs des patients [voir le point (13) c)], 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 activités.
- (42) 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

---

<sup>60</sup> Affaire C-82/01 P, Aéroports de Paris/Commission des Communautés européennes (Rec. 2002, p. I-9297, point 74) et affaire C-49/07, Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE)/Elliniko Dimosio (Rec. 2008, p. I-4863, 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).

<sup>61</sup> Affaire C-49/07, Motosykletistiki Omospondia Ellados NPID (MOTOE)/Elliniko Dimosio (Rec. 2008, p. I-4863, 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 (Rec. 1995, p. I-4013, point 21).

<sup>62</sup> Affaire C-157/99, B.S.M. *Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. Peerbooms/Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen* (Rec. 2001, p. I-5473, 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.

<sup>63</sup> Affaire C-157/99, B.S.M. *Geraets-Smits v Stichting Ziekenfonds VGZ et H.T.M. Peerbooms/Stichting CZ Groep Zorgverzekeringen* (Rec. 2001, p. I-5473, point 53); affaires jointes 286/82 et 26/83, Graziana Luisi et Giuseppe Carbone/Ministero del Tesoro (Rec. 1984, p. 377, point 16); affaire C-159/90, The Society for the Protection of Unborn Children Ireland Ltd/Stephen Grogan e.a. (Rec. 1999, p. I-4685, point 18); affaire C-368/98, Abdou Vanbraekel e.a./Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC) (Rec. 2001, p. I-5363, point 43); affaire T-167/04, Asklepios Kliniken GmbH/Commission des Communautés européennes (Rec. 2007, p. II-2379, points 49 à 55).

environnement concurrentiel, doivent donc être considérées comme ayant un caractère économique.

- (43) Les éléments de solidarité sous-tendant le système national 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, concernant un système national de santé géré par des Ministères et d'autres entités 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 santé<sup>64</sup>. 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 points (41) et (42) ci-dessus].
- (44) En conséquence, en ce qui concerne la prestation des services de soins de santé et l'exercice des activités directement liées à ceux-ci [c'est-à-dire la mission hospitalière étendue ainsi que les activités non hospitalières, voir les points (29) et (30) ci-dessus], les hôpitaux IRIS doivent être considérés comme constituant des entreprises au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE

#### *La mission sociale complémentaire*

- (45) Comme expliqué aux points (23), (28) et (29) ci-dessus, les autorités belges considèrent que les hôpitaux IRIS sont tenus de fournir, et fournissent, des services dépassant le cadre de leur «mission hospitalière étendue». En vertu de la Loi CPAS, en particulier, les hôpitaux IRIS sont supposés contribuer à l'objectif des CPAS, qui est d'apporter une aide sociale aux citoyens qui en ont besoin. En dehors de leurs activités hospitalières, les hôpitaux IRIS exerceraient donc aussi des activités non hospitalières à vocation sociale afin de fournir aux patients et à leurs proches, en fonction de leurs besoins, une aide socio-matérielle, socio-administrative ou psychosociale en sus d'une assistance médicale. Le caractère spécifique de ces services complémentaires implique que les acteurs qui peuvent les offrir disposent de ressources spécifiques, telles qu'un personnel spécifiquement formé à cet effet.
- (46) Il est indéniable que la mission sociale complémentaire que les hôpitaux IRIS sont prétendument dans l'obligation d'assumer sert 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 un caractère économique en ce qui concerne lesdites tâches<sup>65</sup>.

---

<sup>64</sup> Affaire T-319/99, Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN)/Commission des Communautés européennes (Rec. 2003, p. II-357, point 39).

<sup>65</sup> Voir, à cet égard, l'affaire C-355/00, Feskot AE/Elliniko Dimosio (Rec. 2003, p. I-5263, 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 n'étaient pas établis de façon circonstanciée par le législateur national.

- (47) En l'espèce, toutefois, la Commission se demande si l'exercice des activités sociales complémentaires en question peut, à juste titre, être qualifié d'«offre de biens et de services sur un marché». Bien qu'il semble théoriquement possible de proposer l'assistance sociale complémentaire prétendument fournie par les hôpitaux IRIS sur un marché concurrentiel, le contexte législatif particulier (à savoir, la Loi CPAS) dans lequel ces services sont fournis semble rendre l'existence d'un tel marché improbable. Les CPAS doivent, en particulier, offrir ces services gratuitement; les perspectives en matière de profits semblent donc très restreintes pour une entreprise qui souhaiterait proposer des services similaires.
- (48) En conclusion, les possibles spécificités du système d'assistance sociale et de l'environnement législatif de la Belgique requièrent une analyse approfondie de la nature (économique ou non économique) d'assistance sociale complémentaire fournie par les hôpitaux IRIS. Sur la base des informations disponibles à ce stade, la Commission peut difficilement déterminer le caractère économique ou non économique des activités concernées. Elle souhaite donc se pencher sur cette question dans le cadre d'une procédure formelle d'examen. Elle invite par conséquent les autorités belges et toute partie intéressée à lui communiquer des renseignements ou à formuler des observations sur le caractère (économique ou non économique) de cette assistance complémentaire.
- (49) La Commission observe à cet égard que, pour des raisons d'économie de procédure, les doutes concernant l'un des éléments d'une partie de la mesure examinée qui sont constitutifs d'une aide d'État ne l'empêchent pas de recueillir et d'examiner simultanément, dans le cadre de sa procédure formelle d'examen, toutes les informations concernant les autres éléments de ladite aide, ainsi que des renseignements utiles aux fins de l'appréciation de la compatibilité de cette potentielle aide avec le marché intérieur.

### **3.2.1.2. Avantage économique**

#### *Appréciation générale*

- (50) Un avantage, au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, correspond à tout profit économique qu'une entreprise n'aurait pas obtenu dans les conditions normales du marché, c'est-à-dire sans l'intervention de l'État<sup>66</sup>. Seul l'effet de la mesure sur l'entreprise est pertinent, et non la raison ni l'objectif de l'intervention de l'État<sup>67</sup>. Un avantage existe dès lors que la situation financière d'une entreprise est améliorée du fait de l'intervention de l'État.
- (51) En l'espèce, dans la mesure où les hôpitaux IRIS constituent des entreprises au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, il convient de noter que les divers systèmes de financement public couvrant les activités hospitalières générales et complémentaires, dont le financement des déficits, ont permis aux hôpitaux IRIS de bénéficier d'un ensemble de mesures visant à alléger les charges normalement supportées par les

---

<sup>66</sup> Affaire C-39/94, Syndicat français de l'Express international (SFEI) e.a./La Poste e.a. (Rec. 1996, p. I-3547, point 60), et affaire C-342/96, Royaume d'Espagne/Commission des Communautés européennes (Rec. 1999, p. I-2459, point 41).

<sup>67</sup> Affaire 173/73, République italienne/Commission des Communautés européennes (Rec. 1974, p. 709, point 13).

prestataires de ce type d'activités. En conséquence, les différentes mesures de financement public faisant l'objet de la présente décision doivent être considérées 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*

- (52) La Commission fait observer que le financement public des hôpitaux IRIS peut être considéré comme n'ayant conféré aucun avantage à ces derniers s'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, dans la mesure où les conditions fixées dans l'Arrêt *Altmark* étaient réunies.
- (53) Dans cet Arrêt, la Cour de justice a précisé que la compensation accordée au moyen de ressources d'État pour les coûts liés à la fourniture d'un service d'intérêt économique général ne constitue pas un avantage pour autant que quatre conditions cumulatives soient réunies<sup>68</sup>:
- 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;
  - 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.
- (54) 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 nés et constitués avant l'Arrêt en question<sup>69</sup>. En conséquence, les critères d'évaluation exposés dans l'Arrêt

---

<sup>68</sup> Affaire C-280/00, *Altmark Trans GmbH et Regierungspräsidium Magdeburg/Nahverkehrsgesellschaft Altmark GmbH*, en présence de Oberbundesanwalt beim Bundesverwaltungsgericht (Rec. 2003, p. I-7747, points 87 à 95).

<sup>69</sup> Affaire T-289/03, *British United Provident Association Ltd (BUPA), BUPA Insurance Ltd et BUPA Ireland Ltd/Commission des Communautés européennes* (Rec. 2008, p. II-81, point 159). La Cour de justice a déclaré 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

*Altmark* sont pleinement applicables à la situation factuelle et juridique du cas d'espèce, même en ce qui concerne les aides accordées aux hôpitaux IRIS avant la date du prononcé de l'Arrêt *Altmark*<sup>70</sup>.

- (55) 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 aucune des obligations de service public confiées par les autorités belges. En effet, ces obligations leur ont été conférées au moyen d'une procédure d'agrément (telle que prévue par la LCH) ou en vertu de conventions et d'autres documents (comme, par exemple, des plans stratégiques). On peut donc en conclure que la première partie du critère en question n'est pas satisfaite en l'espèce.
- (56) En ce qui concerne la deuxième partie du critère examiné, la Commission constate 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 de la Cour de Justice de l'Union européenne. De même, il n'existe pas de preuves suffisantes de ce que les hôpitaux IRIS (ou, à cet égard, les hôpitaux privés qui ont déposé la plainte) 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 sans tenir compte de l'efficacité avec laquelle ces hôpitaux sont gérés ne saurait satisfaire au quatrième critère *Altmark*.
- (57) La Commission considère par conséquent que le quatrième critère énoncé dans l'Arrêt *Altmark* n'est pas rempli en l'espèce. Comme les conditions énoncées dans ce dernier sont cumulatives, le non-respect d'une des quatre conditions conduit nécessairement à conclure que les mesures de financement examinées confèrent un avantage économique au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE.

### 3.2.1.3. *Sélectivité*

- (58) 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 qui confèrent un avantage de façon sélective relèvent de la notion d'aide.

---

*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».*

<sup>70</sup> Affaire C-209/03, *The Queen*, à la demande de Dany Bidar/London Borough of Ealing et Secretary of State for Education and Skills (Rec. 2005, p. I-2119, points 66 et 67), et affaire C-292/04, *Wienand Meilicke, Heidi Christa Weyde et Marina Stöffler/Finanzamt Bonn-Innenstadt* (Rec. 2007, p. I-1835, points 34 à 36).

- (59) La Commission fait observer que les mesures de financement public visant à couvrir les coûts afférents à l'exercice des activités hospitalières générales (soit la mission hospitalière de base) ne sont accordées qu'aux établissements de soins de santé qui sont des «hôpitaux» au sens de la législation applicable (et notamment de la LCH), ce qui exclut donc tout autre prestataire de soins de santé, ainsi que les opérateurs présents dans d'autres secteurs d'activité. Ces mesures ont par conséquent un caractère sélectif. Les mesures de financement public concernant les SIEG complémentaires que les hôpitaux IRIS sont prétendument chargés d'exécuter [voir le point (28) ci-dessus] sont également sélectives, puisque seuls les hôpitaux publics peuvent en bénéficier. En outre, le mécanisme de financement mis en place afin de couvrir les pertes des hôpitaux publics, mais non celles des hôpitaux privés, doit également être considéré comme ayant un caractère sélectif.

### **3.2.2. Ressources d'État**

- (60) 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 public<sup>71</sup>, y compris les ressources des entités intra-étatiques (décentralisées, fédérées, régionales ou autres)<sup>72</sup>.
- (61) En l'espèce, toutes les mesures de financement examinées sont accordées par les autorités publiques, en fonction de leurs compétences respectives, au moyen de ressources publiques, et sont imputables à l'État. Comme indiqué plus haut, les activités de service public prévues par la Loi fédérale sont principalement financées, pour les hôpitaux tant publics que privés, par compensation des coûts d'exploitation au moyen du BMF accordé par l'État, par les montants versés par la sécurité sociale par l'intermédiaire de l'INAMI<sup>73</sup>, ainsi que par d'autres compensations et aides à l'investissement octroyées par l'État ou les autorités locales. Les fonds supplémentaires que les hôpitaux publics, dont les hôpitaux IRIS, peuvent recevoir de leurs communes respectives afin de couvrir les déficits générés par l'exercice des activités de service public à caractère hospitalier [financement en vertu de l'article 109 (devenu l'article 125) de la LCH] proviennent également de ressources publiques. Les missions sociales confiées par les CPAS aux hôpitaux IRIS seraient financées (en partie) par une subvention annuelle spéciale de 10 millions d'euros au maximum, versée par les communes respectives (qui bénéficient à cet effet de subventions spéciales de la Région de Bruxelles-Capitale) et qui peut s'inscrire dans le cadre du mécanisme de compensation des déficits [voir le point (92) ci-après].

### **3.2.3. Distorsion de la concurrence et effets sur les échanges**

- (62) 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

---

<sup>71</sup> Affaire T-358/94, Compagnie nationale Air France/Commission des Communautés européennes (Rec. 1996, p. II-2109, point 56).

<sup>72</sup> Affaire 248/84, République fédérale d'Allemagne/Commission des Communautés européennes (Rec. 1987, p. 4013, point 17), et affaires jointes T-92/00 et T-103/00, Territorio Histórico de Álava - Diputación Foral de Álava (T-92/00), Ramondín, SA et Ramondín Cápsulas, SA (T-103/00)/Commission des Communautés européennes (Rec. 2002, p. II-1385, point 57).

<sup>73</sup> L'INAMI est une institution fédérale placée sous la tutelle du Ministre fédéral des Affaires sociales.

concurrence», et ce uniquement dans la mesure où elles «affectent les échanges entre États membres».

#### *Distorsion de la concurrence*

- (63) Une mesure octroyée par l'État est considérée comme faussant ou menaçant de fausser la concurrence lorsqu'elle est de nature à renforcer la position concurrentielle du bénéficiaire par rapport à d'autres entreprises concurrentes<sup>74</sup>. Dans la 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.
- (64) 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 en vertu des obligations de services publics leur incombant, est susceptible de fausser la concurrence. Il en va de même pour ce qui est des activités sociales complémentaires des hôpitaux IRIS (dans la mesure où elles constituent des activités économiques).

#### *Effets sur les échanges entre États membres*

- (65) Selon la jurisprudence des juridictions européennes, toute aide octroyée à une entreprise exerçant ses activités dans le marché intérieur peut être susceptible d'affecter les échanges entre États membres<sup>75</sup>. En ce qui concerne les règles en matière d'aides d'État, une incidence sur les échanges n'est a priori pas exclue du fait du caractère local ou régional du service fourni. Bien qu'il n'existe pas de seuil ou de pourcentage stricts en deçà desquels il peut être considéré que les échanges entre États membres ne sont pas affectés, la portée limitée de l'activité économique, telle qu'elle peut être attestée par un chiffre d'affaires très faible, rend une incidence sur le marché moins probable.
- (66) 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'UE. Les acteurs hospitaliers et les médecins du secteur privé d'autres États membres peuvent entrer sur le marché sur lequel les hôpitaux IRIS sont présents. Il s'ensuit que toute mesure améliorant la position concurrentielle de ces derniers est susceptible de limiter les possibilités qu'ont des entreprises établies dans d'autres États membres d'entrer sur le même marché belge que celui où ces hôpitaux exercent des activités, affectant en cela les échanges entre États membres.
- (67) 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

<sup>74</sup> Affaire 730/79, Philip Morris Holland BV/Commission des Communautés européennes (Rec. 1980, p. 267, 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 (Rec. 2000, p. II-2325, point 80).

<sup>75</sup> Affaire 730/79, Philip Morris Holland BV/Commission des Communautés européennes (Rec. 1980, points 11 et 12) et affaire T-214/95, Het Vlaamse Gewest (Région flamande)/Commission des Communautés européennes (Rec. 1998, p. II-717, points 48 à 50).

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. Enfin, l'étendue selon laquelle les aides consenties aux hôpitaux publics qui sont examinées en l'espèce sont susceptibles d'encourager la mobilité transfrontière des patients n'est pas clairement établie. Néanmoins, considérant que, parmi les hôpitaux IRIS, figurent des hôpitaux hautement spécialisés de renommée internationale<sup>76</sup> et que la Région de Bruxelles-Capitale accueille de très nombreux citoyens d'autres États membres ayant généralement le choix en ce qui concerne le lieu de prestation des services médicaux, la Commission considère que la mobilité des patients peut concourir à une éventuelle incidence des mesures examinées sur les échanges.

- (68) En conclusion, la Commission ne peut exclure en l'espèce que les mesures de financement des activités hospitalières des hôpitaux IRIS aient une incidence sur les échanges entre États membres.
- (69) Enfin, en ce qui concerne les activités sociales complémentaires des hôpitaux IRIS, à savoir les missions sociales déléguées par les CPAS, la Commission constate que, dans la mesure où ces activités peuvent présenter un caractère économique, et compte tenu du fait qu'elles sont étroitement liées aux activités hospitalières des hôpitaux, il y a tout lieu de présumer qu'elles sont exercées sur un marché ouvert aux entreprises d'autres États membres. Toute aide publique octroyée aux hôpitaux IRIS aux fins de l'exercice de ces activités est par conséquent susceptible d'affecter les échanges entre États membres.

#### **3.2.4. Conclusion**

- (70) Eu égard aux considérations qui précèdent, la Commission estime que, en ce qui concerne les compensations versées pour les activités hospitalières exercées par les hôpitaux IRIS, les critères cumulatifs ayant trait aux aides d'État sont remplis et que cette partie du financement octroyé aux hôpitaux IRIS constitue par conséquent une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE.
- (71) Comme indiqué plus haut [voir le point (48)], la Commission, se fondant sur les informations dont elle dispose à ce stade, souhaite obtenir des précisions pour pouvoir déterminer si la mission sociale complémentaire assumée par les hôpitaux IRIS présente ou non un caractère économique. Elle invite donc les autorités belges et toute partie intéressée à lui fournir toute information utile et à formuler des observations permettant de déterminer le caractère économique ou non économique de ces activités.

#### **3.3. LEGALITE DES MESURES D'AIDE**

- (72) La Commission constate que les mesures visées par la présente décision, en ce qu'elles constituent une aide d'État au sens de l'article 107, paragraphe 1, du TFUE, n'ont pas été notifiées conformément à l'article 108, paragraphe 3, du TFUE. Certaines pourraient toutefois être concernées par une décision d'exemption, comme cela sera expliqué plus en détail ci-après (voir la section 3.4.1).

---

<sup>76</sup> En particulier l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola et l'Institut Bordet (spécialisé en oncologie).

### 3.4. COMPATIBILITE AVEC LE MARCHE INTERIEUR

#### 3.4.1. Base juridique

##### *Remarques générales*

- (73) Dans la mesure où le financement public des 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.
- (74) Les autorités belges ayant affirmé avec constance que le financement public des hôpitaux IRIS constitue une compensation pour l'exercice de services d'intérêt économique général (SIEG), la compatibilité des mesures de financement avec le marché intérieur doit être évaluée 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.»*

##### *Application de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE dans le temps*

- (75) La Commission a défini les conditions précises d'applicabilité de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE dans divers instruments, dont les plus récents sont, notamment, l'Encadrement SIEG de 2012<sup>77</sup> et la Décision SIEG de 2012<sup>78</sup> (ci-après dénommés conjointement le «Paquet SIEG de 2012»), après avoir adopté et appliqué l'Encadrement SIEG de 2005<sup>79</sup> et la Décision SIEG de 2005<sup>80</sup>. 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.
- (76) En l'espèce, le financement public des hôpitaux IRIS qui est examiné remonte à 1996 et est donc antérieur à la Décision et à l'Encadrement SIEG de 2012. Toutefois, le Paquet

<sup>77</sup> 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.

<sup>78</sup> 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.

<sup>79</sup> Encadrement de l'Union européenne applicable aux aides d'État sous forme de compensations de service public, JO C 297 du 29.11.2005, p. 4.

<sup>80</sup> 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.

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 vertu de ces dispositions, il convient de distinguer trois situations différentes, comme indiqué dans les points ci-après.

- (77) Premièrement, les aides octroyées avant le 19 décembre 2005: aux termes de l'article 10, point b), de la Décision SIEG de 2012,

*«toute aide octroyée avant l'entrée en vigueur de la présente Décision, qui n'était pas compatible avec le marché intérieur ni exemptée de l'obligation de notification conformément à la Décision 2005/842/CE [la Décision SIEG de 2005] mais remplit les conditions énoncées dans la présente Décision, est compatible avec le marché intérieur et exemptée de l'obligation de notification préalable».*

Les mesures d'aide qui ont été octroyées avant le 19 décembre 2005, date à laquelle la Décision SIEG de 2005 est entrée en vigueur, ne peuvent être déclarées compatibles avec le marché intérieur ni être exemptées de l'obligation de notification conformément à la Décision SIEG de 2005, étant donné que celle-ci ne s'applique pas rétroactivement. Pour être déclarées compatibles avec le marché intérieur et être exemptées de l'obligation de notification, ces mesures doivent par conséquent remplir toutes les conditions énoncées dans la Décision SIEG de 2012, qui contient des dispositions sur l'application rétroactive des règles. Si elles ne satisfont pas aux conditions énoncées dans la Décision de 2012, les mesures peuvent toujours être déclarées compatibles avec le marché intérieur – mais ne peuvent être exemptées de l'obligation de notification – conformément à l'Encadrement SIEG de 2012, à la lumière des points 61 et 69 de celui-ci.

- (78) Deuxièmement, les aides octroyées au cours de la période comprise entre le 19 décembre 2005 et le 31 janvier 2012: aux termes de l'article 10, point a), de la Décision SIEG de 2012,

*«tout régime d'aide octroyé avant l'entrée en vigueur de la présente Décision, 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».*

Toutes les mesures qui ont été octroyées au cours de la période comprise entre le 19 décembre 2005 (date d'entrée en vigueur de la Décision SIEG de 2005) et le 31 janvier 2012 (date d'entrée en vigueur de la Décision SIEG de 2012) seront donc appréciées principalement à la lumière de la Décision SIEG de 2005. Si les mesures en question satisfont aux conditions énoncées dans la Décision SIEG de 2005, elles seront déclarées compatibles avec le marché intérieur et exemptées de l'obligation de notification, mais seulement à partir de la date à laquelle elles ont été octroyées jusqu'au 30 janvier 2014 inclus (elles devront alors, pour la période commençant le 31 janvier 2014, faire l'objet d'une appréciation à la lumière de la Décision SIEG de 2012). Si les mesures en question ne remplissent pas les conditions fixées dans la Décision SIEG de 2005, elles seront appréciées conformément à l'article 10, point b), de la Décision SIEG

de 2012 ou, si toutes les conditions de cette dernière Décision ne sont pas réunies, à la lumière des points 61 et 69 de l'Encadrement SIEG de 2012.

- (79) Troisièmement, les aides qui ont été octroyées à partir du 31 janvier 2012: toutes les mesures d'aides qui ont été accordées après la date d'entrée en vigueur du Paquet SIEG de 2012 seront appréciées principalement à la lumière de la Décision SIEG de 2012 et, si toutes les conditions de cette dernière ne sont pas remplies, du point 61 de l'Encadrement SIEG de 2012.

*Applicabilité de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE et des Décisions SIEG*

- (80) L'article 106, paragraphe 2, du TFUE et les Paquets SIEG fondés 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. La Commission estime à première vue que les activités des hôpitaux IRIS bénéficiant du financement public (à savoir, la «mission hospitalière étendue» et la «mission sociale complémentaire») peuvent être qualifiées de véritables services d'intérêt économique général, comme l'ont fait valoir les autorités belges.
- (81) La Commission considère en outre que l'octroi de fonds publics aux hôpitaux IRIS pour l'exécution de SIEG semble également à première vue entrer dans le champ d'application matériel des Décisions SIEG de 2005 et de 2012, conformément à l'article 2 de celles-ci. 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 (y compris l'exercice d'activités connexes directement liées aux activités principales) 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. De même, comme indiqué à son article 2, paragraphe 1, point b), la Décision SIEG de 2005 s'applique aux aides d'État consistant en l'octroi de compensations de SIEG aux hôpitaux, notamment aux fins de la fourniture de services annexes<sup>81</sup>. Comme les SIEG exécutés par les hôpitaux IRIS pour lesquels des fonds publics sont octroyés sont tous susceptibles d'entrer dans ces catégories d'activités, la Commission estime que les mesures de financement en cause en l'espèce semblent à première vue entrer dans le champ d'application matériel des Décisions SIEG de 2005 et de 2012, conformément aux dispositions des articles 2 de ces deux Décisions qui ont été mentionnés plus haut.

*Observations complémentaires*

- (82) Avant d'examiner si le financement public octroyé aux hôpitaux IRIS constitue ou non une aide d'État compatible avec l'article 106, paragraphe 2, du TFUE, la Commission rappelle la conclusion du Tribunal concernant la nature spécifique du service public hospitalier. Le Tribunal a notamment précisé que «les États membres organisent leur système national de santé en fonction des principes qu'ils choisissent, en particulier, les obligations afférentes au service public hospitalier peuvent comprendre tant des obligations imposées à tout établissement hospitalier que des obligations

---

<sup>81</sup> Ibidem, considérant 16.

*complémentaires imposées uniquement aux établissements publics, compte tenu de leur importance accrue pour le bon fonctionnement du système national de santé*<sup>82</sup>.

- (83) La Commission rappelle également la remarque liminaire du Tribunal 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»<sup>83</sup>. Le Tribunal a également observé qu'«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»<sup>84</sup>.

### **3.4.2. Compatibilité au regard du Paquet SIEG 2012**

- (84) Comme mentionné plus haut [voir le point (81) ci-dessus], le financement public des hôpitaux IRIS relève, en principe, du champ d'application matériel des Décisions SIEG de 2005 et 2012. Même si ce financement public ne respecte pas tous les critères de compatibilité établis dans ces deux Décisions, il peut être déclaré compatible avec le marché intérieur sur le fondement de l'Encadrement SIEG de 2012 (au regard du point 61 de cet Encadrement), à condition qu'il soit nécessaire pour permettre au service d'intérêt économique général concerné de fonctionner et qu'il n'affecte pas le développement des échanges dans une mesure contraire à l'intérêt de l'Union.
- (85) Les conditions de compatibilité de base qui sous-tendent l'article 106, paragraphe 2, du TFUE et qui figurent dans les Décisions SIEG de 2005 et de 2012 ainsi que dans l'Encadrement SIEG de 2012 sont notamment les suivantes:
- a) la responsabilité de 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 membre. Un tel acte doit clairement préciser la nature et la durée des obligations de service public; l'entreprise à laquelle incombent ces obligations et, s'il y a lieu, le territoire concerné; et la nature de tout droit exclusif ou spécial octroyé à l'entreprise [voir l'article 4, points a) à c), des Décisions SIEG de 2005 et 2012, ainsi que le point 16 a) à c) de l'Encadrement SIEG de 2012];
  - b) l'acte de mandatement doit contenir une description du mécanisme de compensation et des paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation [voir l'article 4, point d), des Décisions SIEG de 2005 et 2012, ainsi que le point 16 d) de l'Encadrement SIEG de 2012];
  - c) il convient de prévoir des modalités de récupération des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter ces dernières, et aucune surcompensation ne doit être accordée [voir l'article 4, point e), et l'article 5 des Décisions SIEG de 2005 et 2012, ainsi que le point 16 e) et la section 2.8 de l'Encadrement SIEG de 2012].

---

<sup>82</sup> Arrêt rendu dans l'affaire T-137/10, CBI/Commission, (non encore publié au Recueil), point 93.

<sup>83</sup> Ibidem, point 95.

<sup>84</sup> Ibidem, point 95.

(86) À la lumière des conclusions du Tribunal<sup>85</sup>, selon lesquelles il existe des doutes sérieux quant à la compatibilité avec le marché intérieur du financement public litigieux des hôpitaux IRIS au regard des critères relatifs à l'application de l'article 106, paragraphe 2, du TFUE, la Commission se doit d'ouvrir la procédure formelle d'examen. En conséquence, compte tenu des doutes exprimés par le Tribunal<sup>86</sup>, la Commission invite 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 conditions essentielles des Décisions SIEG de 2005 et 2012 et de l'Encadrement SIEG de 2012 rappelées ci-dessous.

*1. L'existence d'actes de mandatement définissant clairement les SIEG complémentaires des hôpitaux IRIS*

(87) La mission hospitalière de base est clairement définie à l'article 2 de la LCH [voir le point (20)] et dans les exigences connexes de la LCH [voir le point (21)]. En effet, la LCH fournit le cadre applicable à l'organisation du secteur hospitalier belge. Ce cadre comprend la programmation hospitalière, qui fixe des limites au nombre de lits d'hôpitaux, de services hospitaliers et d'appareils médicaux (comme les scanners) pouvant être mis en service et utilisés. Il existe, en outre, des conditions détaillées en matière d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers. Seuls les services hospitaliers agréés qui remplissent les conditions de la programmation sont admissibles au bénéfice d'un financement public. Par ailleurs, ni les plaignants ni le Tribunal n'ont émis de doutes quant à cette mission hospitalière de base<sup>87</sup> (concernant sa définition, son mandat ou sa compensation par un financement public). Toutefois, à la lumière des doutes soulevés par le Tribunal dans son Arrêt, la Commission demande d'autres éclaircissements au sujet des actes de mandatement pour ce qui est des SIEG complémentaires des hôpitaux IRIS [voir le point (28) ci-dessus].

(88) En particulier, à ce stade, la Commission a identifié trois types de documents susceptibles d'être considérés, conjointement ou séparément, comme des actes de mandatement pertinents pour les SIEG complémentaires: la Loi CPAS, les plans stratégiques d'IRIS et les conventions «domicile de secours»<sup>88</sup>.

- En ce qui concerne la mission de soins universelle, la Commission note qu'une partie de cette mission (en particulier celle consistant à fournir des soins aux personnes assistées par le CPAS, et dont les coûts sont supportés par ce dernier) semble être conférée par la convention «domicile de secours». Dans le même temps, le Tribunal a conclu qu'il y avait des doutes sérieux quant à l'existence d'obligations de service public clairement définies spécifiques à la mission des hôpitaux IRIS<sup>89</sup>. En conséquence, la Commission demande des éclaircissements supplémentaires au sujet du mandatement de la mission de soins universelle.

<sup>85</sup> Voir, à ce sujet, l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, points 310 et 313).

<sup>86</sup> Voir, à ce sujet, l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, point 308).

<sup>87</sup> Voir, à ce sujet, l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, points 119 et 120).

<sup>88</sup> Dans ce contexte, il convient de rappeler que le Tribunal a convenu que les plans stratégiques d'IRIS étaient des actes de puissance publique et étaient contraignants pour les hôpitaux IRIS [voir l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, point 114)].

<sup>89</sup> Voir, à ce sujet, l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, points 123 et 151).

- En ce qui concerne la mission multisite (l'obligation de maintenir des hôpitaux sur des sites multiples), sur la base des observations du Tribunal<sup>90</sup>, la Commission demande actuellement des éclaircissements sur la définition précise de cette mission dans les plans stratégiques et tout autre document pertinent définissant ce SIEG complémentaire.
  - Enfin, en ce qui concerne les missions sociales complémentaires, à la lumière des conclusions du Tribunal<sup>91</sup>, la Commission demande des explications supplémentaires aux autorités belges quant au contenu précis des missions sociales complémentaires et aux dispositions légales qui confèrent ces missions aux hôpitaux IRIS.
- (89) En résumé, la Commission invite les autorités belges à fournir des éclaircissements supplémentaires sur la définition exacte de la mission de soins universelle, de la mission multisite et de la mission sociale complémentaire conférées aux hôpitaux IRIS. Les autorités belges sont, en outre, invitées à préciser si ces missions leur sont conférées par la Loi CPAS, les plans stratégiques IRIS, les conventions «domicile de secours» ou par tout autre document, le cas échéant [voir le point (27)], et à fournir les références précises des dispositions dans lesquelles sont définies et conférées les missions.

*2. L'existence de paramètres de compensation clairement prédéfinis pour les SIEG complémentaires*

- (90) Les différents mécanismes de financement public pour la mission hospitalière de base sont clairement établis dans la LCH et les modalités d'application correspondantes. En particulier, la LCH fixe les principaux principes de détermination du BMF [voir le point (13)], l'Arrêté royal du 25 avril 2002 établissant, lui, des conditions plus détaillées par type de coûts. Ces règles précises permettent au Ministre fédéral en charge de la santé publique de calculer le BMF pour chaque hôpital. En ce qui concerne le financement accordé par l'intermédiaire de l'INAMI [voir le point (13) b)], la Loi du 14 juillet 1994 précise la manière de déterminer la nomenclature dressant la liste des services médicaux et des médicaments admissibles à une compensation par la sécurité sociale. Cette nomenclature, publiée au Moniteur belge, permet aussi de déterminer la contribution exacte de la sécurité sociale à chaque traitement médical. Comme ni les plaignants ni le Tribunal n'ont remis en cause les financements publics accordés par l'intermédiaire du BMF et de l'INAMI, la Commission ne demande pas d'autres éclaircissements au sujet de ces mesures.
- (91) Les autorités belges affirment que les SIEG complémentaires entraînent des coûts qui ne sont pas intégralement couverts par les sources de financement décrites dans la LCH. En conséquence, elles affirment que les SIEG complémentaires contribuent au déficit des hôpitaux IRIS que doivent supporter les communes concernées. Comme mentionné plus haut [voir le point (14) ci-dessus], l'article 109 (devenu l'article 125) de la LCH requiert que les communes couvrent une partie de ce déficit (calculée par le Ministre fédéral de la santé publique). Les autorités belges expliquent qu'en pratique, les communes bruxelloises concernées supportent l'intégralité du déficit comptable [même si celui-ci excède le déficit visé à l'article 109 (devenu l'article 125) de la LCH] sur la base des

---

<sup>90</sup> Voir aussi, à ce sujet, *ibidem*, points 152 à 159.

<sup>91</sup> Voir aussi, à ce sujet, *ibidem*, points 180 à 186.

dispositions des statuts<sup>92</sup> de chaque hôpital IRIS (en particulier l'article 46, qui dispose que les déficits comptables de l'hôpital sont supportés par les CPAS et les communes concernés). En outre, l'article 61 de la Loi CPAS précise que le CPAS peut collaborer avec des établissements ou des services (publics ou privés) pour fournir l'aide requise aux citoyens. Cet article ajoute que le CPAS peut supporter les frais d'une telle collaboration s'ils ne sont pas couverts en exécution d'une autre Loi, d'un règlement, d'un contrat ou d'une décision judiciaire. Les autorités belges sont invitées à préciser sur lesquelles de ces bases (ou toute autre base, le cas échéant) sont compensés les déficits des hôpitaux IRIS (auxquels contribuent les coûts de chaque SIEG complémentaire) et à fournir les références précises des dispositions concernées des bases juridiques applicables qui établissent les modalités précises de cette compensation des déficits.

- (92) En ce qui concerne spécifiquement les paiements d'un montant maximal de 10 millions d'euros par an [voir le point (16) ci-dessus] apparemment destinés à financer principalement les missions sociales complémentaires, les autorités belges affirment que les communes utilisent ces montants pour pouvoir remplir leur obligation de compensation des déficits (découlant de l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS et/ou de l'article 109 de la LCH). Comme décrit plus haut [voir le point (17)], la Commission demande des éclaircissements quant à la question de savoir si ces paiements, d'un montant maximal de 10 millions d'euros, effectués par la Région de Bruxelles-Capitale en faveur des communes, peuvent ou non être considérés comme des transferts de ressources financières intra-étatiques. Elle demande également de lui préciser si le transfert de ces ressources des communes vers les hôpitaux IRIS peut ou non être considéré comme une opération distincte du mécanisme de couverture des déficits décrit plus haut [voir le point (91)]. Si ce transfert est considéré comme une opération distincte, la Commission demande aux autorités belges de fournir la base juridique applicable qui établit ses modalités précises.
- (93) Enfin, les autorités belges indiquent que, dans la pratique, le délai est long (jusqu'à dix ans) entre le moment où le déficit comptable est connu et celui où le déficit de l'hôpital est déterminé par le Ministre de la santé publique sur la base de l'article 109 (devenu l'article 125) de la LCH. Pour éviter que les hôpitaux IRIS doivent attendre aussi longtemps, les communes concernées ont décidé de compenser (partiellement) leurs déficits avant d'avoir reçu la lettre officielle du Ministre de la santé demandant ce paiement. Les autorités belges sont invitées à préciser si elles considèrent qu'il s'agit d'un mécanisme d'avances récupérables et à quel moment, de quelle manière, à quelles conditions et sur quelle base juridique (par exemple, l'article 46 des statuts des hôpitaux IRIS) ces paiements sont effectués (le cas échéant). Il est également demandé aux autorités belges d'indiquer si ces paiements (le cas échéant) sont considérés ou non comme une mesure d'aide distincte du mécanisme de couverture des déficits [voir le point (91) ci-dessus] et de préciser si ces avances (le cas échéant) ont été financées par l'intermédiaire du FRBRTC [voir le point (17) ci-dessus].

---

<sup>92</sup> Ces statuts ont été établis au moment de la création des associations de droit public contrôlant les hôpitaux IRIS [voir aussi le point (11) ci-dessus]. Comme les pouvoirs publics (communes et CPAS) ont la majorité des droits de vote au sein de ces associations, leurs statuts peuvent être considérés comme des actes de puissance publique.

*3. L'existence de mécanismes permettant d'éviter la surcompensation des SIEG complémentaires, l'absence de surcompensation et l'obligation de rembourser toute surcompensation (le cas échéant)*

- (94) Les autorités belges ont fourni plusieurs éléments pour démontrer que le financement des hôpitaux par l'intermédiaire du BMF et de la sécurité sociale (INAMI) a été établi de façon à réduire le risque de surcompensation. En particulier, elles ont expliqué que le BMF consistait principalement en un financement forfaitaire fondé sur une moyenne des chiffres réels. Comme ces taux ont été fixés sur la base des coûts réels des hôpitaux des années précédentes (sans surcompensation) et ont peu évolué au fil du temps, le risque de surcompensation est considéré comme minimal. En outre, les autorités belges ont décrit les mécanismes en place pour détecter les surcompensations et en garantir le remboursement, le cas échéant. Cela concerne entre autres les contrôles effectués par les mutuelles<sup>93</sup> et par l'INAMI lui-même pour ce qui est du financement INAMI, et les contrôles et inspections effectués par le Ministère de la santé publique dans le cas du BMF. Ces mécanismes s'ajoutent aux obligations qu'ont les hôpitaux IRIS d'établir un système centralisé de facturation hospitalière et de fournir plusieurs types d'informations pour recevoir un financement de types INAMI et BMF. Enfin, la comptabilité et les comptes annuels de chaque hôpital doivent obligatoirement être contrôlés par un réviseur d'entreprise indépendant. Compte tenu de ces éléments, la Commission ne doute pas de l'existence de mécanismes permettant d'éviter les surcompensations ni de l'obligation de rembourser toute surcompensation en ce qui concerne le financement public de la mission hospitalière de base.
- (95) À la lumière des conclusions du Tribunal, la Commission demande toutefois des éclaircissements quant à l'existence ou non de mesures similaires (suffisantes) pour éviter toute surcompensation dans le cas des SIEG complémentaires, notamment par l'intermédiaire du mécanisme de couverture des déficits, en combinaison avec les avances récupérables [le cas échéant; voir le point (93) ci-dessus]<sup>94</sup>. En conséquence, la Commission invite les autorités belges à lui transmettre des renseignements complémentaires sur les dispositions prévues pour éviter et récupérer toute surcompensation éventuelle, et en particulier sur l'obligation légale faite ou non aux hôpitaux IRIS de rembourser les avances qu'ils ont pu recevoir pour éviter toute surcompensation.
- (96) En ce qui concerne en particulier les paiements d'un montant maximal de 10 millions d'euros par an [voir le point (16) ci-dessus], la Commission a déjà demandé que lui soit précisé si ces paiements peuvent ou non être considérés comme une opération distincte de la compensation des déficits des hôpitaux IRIS [voir le point (92) ci-dessus]. S'ils sont effectivement considérés comme une opération distincte, la Commission demande également de plus amples renseignements sur l'existence ou non de mesures suffisantes 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<sup>95</sup>.

---

<sup>93</sup> 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). Les mutuelles sont supervisées par l'INAMI et doivent effectuer certains contrôles avant de rembourser les frais.

<sup>94</sup> Voir notamment l'affaire T-137/10, CBI/Commission (Rec. 2012, non encore publié, points 256 à 265).

<sup>95</sup> Voir *ibidem*, point 277.

- (97) La Commission demande enfin aux autorités belges de démontrer clairement que, dans les faits, aucune surcompensation n'a été octroyée aux hôpitaux IRIS depuis qu'ils ont commencé à exercer leurs activités en tant que structures juridiques indépendantes.

*4. Autres conditions prévues par la Décision SIEG de 2012 et l'Encadrement SIEG de 2012*

- (98) En plus des informations demandées plus haut, la Commission invite les autorités belges à fournir toute argumentation complémentaire utile éventuelle, accompagnée de documents spécifiques et détaillés indiquant pourquoi et dans quelle mesure les mesures de financement public des hôpitaux IRIS relèvent de la Décision SIEG de 2012 ou de l'Encadrement SIEG de 2012 et si, pourquoi et dans quelle mesure tous les critères de compatibilité établis par ceux-ci sont remplis. Les autres parties intéressées sont également invitées à présenter leurs observations à cet égard.

**3.4.3. Compatibilité au regard de la Décision SIEG de 2005**

- (99) La Commission note que la Décision SIEG de 2005 contient de nombreuses conditions de compatibilité identiques à celles du Paquet SIEG de 2012, notamment celles mentionnées au point (85) ci-dessus<sup>96</sup>. La Commission estime donc, pour les mêmes raisons que celles exposées pour le Paquet SIEG de 2012, qu'il convient de demander des éclaircissements quant au respect par le financement public des hôpitaux IRIS pour les SIEG complémentaires (définis au point (28) ci-dessus) de toutes les conditions fixées par la Décision SIEG de 2005.

- (100) En plus des informations demandées plus haut, la Commission invite les autorités belges à fournir toute argumentation complémentaire utile éventuelle, accompagnée de documents spécifiques et détaillés indiquant pourquoi et dans quelle mesure les mesures de financement public des hôpitaux IRIS relèvent de la Décision SIEG de 2005; et si, pourquoi et dans quelle mesure, tous les critères de compatibilité établis par celle-ci sont remplis. Les autres parties intéressées sont également invitées à présenter leurs observations à cet égard.

**3.5. AUTRES CONSIDERATIONS**

- (101) La Commission rappelle l'observation du Tribunal selon laquelle le financement complémentaire reçu par les hôpitaux IRIS peut être «justifié [...] par d'autres considérations que celles liées à l'existence de leurs obligations additionnelles» et 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»<sup>97</sup>.

- (102) Dans ce contexte, la Commission note que les autorités belges ont affirmé que la pérennité (continuité et viabilité) des hôpitaux publics devait toujours être garantie. Selon elles, c'est la raison pour laquelle lorsqu'un pouvoir local (comme une commune) décide de fournir des services de soins de santé [en établissant un hôpital public conformément à la Loi CPAS; voir aussi les points (24) à (25)], il est également tenu [sur la base de l'article 109 de la LCH; voir le point (14)] de supporter les déficits de

<sup>96</sup> Voir la Décision SIEG de 2005, articles 4 à 6.

<sup>97</sup> Affaire T-137/10, CBI/Commission, (Rec. 2012, non encore publié, point 162).

son hôpital public afin de garantir la pérennité de ses services. Les autorités belges ont également souligné que l'objectif principal de la création du réseau IRIS était de garantir la pérennité de l'offre de services hospitaliers publics dans la Région de Bruxelles-Capitale [voir le point (10)].

(103) À la lumière de ce qui précède, la Commission demande de plus amples renseignements sur la notion de pérennité, sa base juridique (en particulier au niveau d'IRIS et des hôpitaux IRIS), ses implications et la manière dont elle justifie les mécanismes de compensation des déficits dont bénéficient les hôpitaux IRIS. En outre, la Commission demande aux autorités belges et aux parties intéressées de s'exprimer sur l'existence (ou non) de raisons autres que celles mentionnées plus haut (à savoir l'existence de missions de SIEG complémentaires et la pérennité des hôpitaux publics) pouvant justifier le financement complémentaire octroyé aux hôpitaux IRIS.

#### **4. RÉSUMÉ DES CONCLUSIONS**

(104) Sur la base des informations actuellement disponibles, des conclusions du Tribunal [voir le point (6)] et des éléments décrits plus haut, la Commission souhaite obtenir des éclaircissements et/ou des observations, notamment au sujet des éléments suivants:

- la question de savoir si des fonds quelconques du FRBRTC, 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 point (17) ci-dessus];
- la nature exacte de l'obligation prévue à l'article 60, paragraphe 6, de la Loi CPAS, les possibilités de fermeture d'un hôpital public et la différence avec le mécanisme de programmation hospitalière [voir le point (26)];
- la question de savoir si l'assistance sociale complémentaire fournie par les hôpitaux IRIS présente ou non un caractère économique [voir le point (48) ci-dessus];
- la définition exacte des SIEG complémentaires des hôpitaux IRIS (à savoir la mission de soins universelle, la mission multisite et la mission sociale complémentaire) et les documents sur lesquels se fondent les mandats de ces SIEG complémentaires [voir les points (87) à (89) ci-dessus];
- la base juridique applicable à la compensation des déficits des hôpitaux IRIS (auxquels contribuent les coûts de chaque SIEG complémentaire) [voir le point (91) ci-dessus];
- 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 point (92) ci-dessus] 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 point (93) ci-dessus];

- la question de savoir s’il existe ou non des mesures (suffisantes) pour éviter toute surcompensation des SIEG complémentaires, 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 point (95) ci-dessus];
- la question de savoir si les paiements d’un montant maximal de 10 millions d’euros par an doivent ou non être considérés comme une opération distincte de la compensation des déficits des hôpitaux IRIS, et 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 point (96) ci-dessus];
- la question de savoir si une quelconque surcompensation a, dans les faits, déjà été octroyée aux hôpitaux IRIS depuis qu’ils ont commencé à exercer leurs activités en tant que structures juridiques indépendantes [voir le point (97) ci-dessus];
- 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 point (98) ci-dessus], ou de la Décision SIEG de 2005 [voir le point (100) ci-dessus] et si, pourquoi et dans quelle mesure les critères établis dans ceux-ci sont remplis;
- de plus amples renseignements sur la notion de pérennité, sa base juridique (en particulier au niveau d’IRIS et des hôpitaux IRIS), ses implications et la manière dont elle justifie les mécanismes de compensation des déficits dont bénéficient ces hôpitaux [voir les points (102) à (103) ci-dessus];
- la question de savoir s’il existe ou non des raisons autres que celles mentionnées plus haut (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 point (103) ci-dessus].

(105) Par conséquent, la Commission est désormais tenue d’ouvrir la procédure formelle d’examen prévue à l’article 108, paragraphe 2, du TFUE en ce qui concerne le financement public reçu par les hôpitaux IRIS.

(106) Une conclusion définitive sur ces questions ne pourra être établie que dans la décision de clôture, qui sera adoptée à l’issue de l’examen formel, lorsque toutes les informations disponibles (y compris les autres observations de l’État membre et des tiers) auront été collectées et auront fait l’objet d’une évaluation approfondie.

À la lumière de ce qui précède, la Commission a décidé d'ouvrir la procédure formelle d'examen prévue à l'article 108, paragraphe 2, du TFUE en ce qui concerne les mesures décrites plus haut.

Dans le cadre de la procédure prévue à l'article 108, paragraphe 2, du TFUE, la Commission invite le Royaume de Belgique à présenter ses observations et à fournir toute information utile pour l'évaluation des mesures susmentionnées dans un délai d'un mois à compter de la réception de la présente lettre. Elle invite vos autorités à transmettre immédiatement une copie de la présente lettre aux bénéficiaires potentiels des aides.

La Commission rappelle au Royaume de Belgique l'effet suspensif de l'article 108, paragraphe 3, du TFUE et se réfère à l'article 14 du règlement (CE) n° 659/1999 du Conseil, qui prévoit que toute aide illégale peut être récupérée auprès de son bénéficiaire.

La Commission avise le Royaume de Belgique qu'elle informera les parties intéressées par la publication de la présente lettre et d'un résumé de celle-ci au Journal officiel de l'Union européenne. Elle informera également les parties intéressées dans les pays de l'AELE signataires de l'accord EEE par la publication d'une communication dans le supplément EEE du Journal officiel de l'Union européenne, ainsi que l'autorité de surveillance AELE en lui envoyant une copie de la présente. Toutes les parties intéressées seront invitées à présenter leurs observations dans un délai d'un mois à compter de la date de cette publication.

Dans le cas où cette lettre contiendrait des éléments confidentiels qui ne doivent pas être publiés, vous êtes invités à en informer la Commission dans un délai de quinze jours ouvrables à compter de la date de réception la présente. Si la Commission ne reçoit pas de demande motivée à cet effet dans le délai prescrit, elle considérera que vous acceptez la publication du texte intégral de la lettre. Cette demande et les informations susmentionnées demandées par la Commission devront être envoyées par lettre recommandée ou par télécopie à:

Commission européenne  
Direction générale de la concurrence  
Greffé des aides d'État  
B-1049 Bruxelles  
Fax +32 22961242

Veillez croire, Monsieur le Ministre, à l'assurance de ma haute considération.

Par la Commission

Joaquín ALMUNIA  
Vice-président