



COMMISSION EUROPÉENNE

Bruxelles, le 28.10.2009
C(2009)8120 final

Objet: **Aide d'État NN 54/2009 (ex- CP 244/2005) – Belgique**
 Financement des hôpitaux publics du réseau IRIS de la Région
 Bruxelles-Capitale

Monsieur le Ministre,

I. PROCEDURE

- (1) Par lettres du 07.09.2005 et 17.10.2005, enregistrées respectivement le 12.09.2005 et le 19.10.2005, la Commission a reçu une plainte¹ à l'encontre de l'Etat belge concernant l'octroi présumé d'aides illégales et incompatibles accordées à certains hôpitaux publics du réseau IRIS² de la Région de Bruxelles Capitale³ ⁴(ci-après les "*H-IRIS*") depuis 1995. La plainte s'articule autour d'arguments pouvant être regroupés comme suit et concernant respectivement (i) l'absence ou une définition et mandatement insuffisamment clairs des missions de service public hospitalières et non hospitalières spécifiques conférées aux hôpitaux publics concernés, (ii) la compensation des pertes desdits hôpitaux, (iii) la surcompensation des coûts de service public par le biais du Fonds Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales (ci-après FRBRTC), et (iv) le manque de transparence dans le mode de financement de ces derniers et (v) la présence de subventions croisées à la faveur des activités commerciales

¹ La plainte a été introduite par deux associations représentant des hôpitaux gérés par des personnes morales de droit privé et *ut singuli* par plusieurs hôpitaux membres de ces associations. Les plaignants ont demandé que leurs identités respectives soient confidentielles c'est pourquoi elles ne sont pas rapportées ici. Néanmoins, compte-tenu des requêtes en annulation introduites par ces parties devant le Tribunal de Première Instance des Communautés européennes, sous numéros d'affaires T-128/08 et T-241/08, ces identités sont désormais publiques.

² Le sigle IRIS correspond à Inter-hospitalière Régionale des Infrastructures de Soins.

³ Il s'agit des cinq hôpitaux généraux publics suivants : le CHU Brugmann (CHUB), le CHU Saint-Pierre (CHUSP), l'Hôpital des Enfants Reine Fabiola (HUDERF), Iris-Sud (IS) et l'Institut Bordet (IB). Certains de ces hôpitaux opèrent sur plusieurs sites. En particulier, le CHUB est actif sur 3 sites (Brugmann, Pol Brien et Iris-Jette); IS est actif sur 4 sites (Etterbeek-Ixelles, Bracops, Molière-Longchamp, Baron Lambert).

⁴ Depuis 1996 ces hôpitaux publics sont regroupés au sein de la structure faîtière IRIS en vertu de l'accord de coopération signé entre l'Etat fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission Communautaire commune. Ce point sera développé dans la section intitulée "hôpitaux publics H-IRIS bénéficiaires".

Son Excellence Monsieur Yves LETERME
Ministre des Affaires étrangères
15 rue des petits Carmes
B-1000 Bruxelles
Belgique

des H-IRIS par les compensations reçues pour les prestations des missions de services publics⁵.

- (2) En 2006, par lettre du 22.03, la Commission a informé les autorités belges de la plainte susmentionnée en les invitant à transmettre tous les renseignements nécessaires à l'examen des mesures visées par la plainte. Par lettre du 02.06.2006, enregistrée le 14.06.2006, les autorités belges ont transmis leurs réponses aux questions de la Commission.^{6 7}
- (3) Par lettres du 29.09.2006 et 27.10.2006, la Commission a adressé aux autorités belges d'une part une demande de renseignements complémentaires et d'autre part une demande d'observations au courrier des plaignants du 20.10.2006, les autorités belges ont répondu à la première missive ci-dessus par courrier du 06.12.2006, enregistré le même jour^{8 9}.
- (4) En 2007, par lettre du 13.03, enregistrée le 21.03.2007, les autorités belges ont fourni leurs observations en réponse à la lettre de la Commission du 27.10.2006^{10 11}.
- (5) En 2008, par courrier du 10.01, les services de la Commission ont informé les plaignants de leurs vues préliminaires sur la plainte en les invitant à soumettre des informations nouvelles leur permettant de modifier l'appréciation préliminaire de la plainte à défaut de quoi la plainte serait considérée comme retirée. Par courrier du 07.02.2008, les requérantes ont répondu au premier courrier des services de la Commission¹². Par courrier du 10.04.2008 les services compétents de la Commission ont informé les plaignants du fait que les informations transmises dans leur courrier du 07.02.2009 n'étaient pas nouvelles et les invitaient à soumettre de nouvelles informations susceptibles de modifier les conclusions préliminaires à défaut de quoi leur plainte serait considérée comme retirée. Par lettre du 23.04.2008, enregistrée le même jour, les plaignants ont répondu au second courrier des services de la Commission l'informant de leur désaccord et informant les services de la Commission du fait qu'en date du 01.04.2008 ils avaient introduit en requête en annulation auprès du Tribunal de première instance des Communautés européennes (TPI) contre la lettre du 10.01.2008 qu'ils considèrent comme une décision de la Commission¹³. Par ailleurs, le 20.06.2008 les plaignants ont introduit une requête en annulation contre la lettre des services de la Commission du 10.04.2008¹⁴. Enfin, par courrier du 23.09.2008, enregistré le même jour, les autorités belges ont fourni des observations et informations complémentaires à la Commission.

⁵ Cet argument a été soulevé par les plaignants à partir de la fin de l'année 2008.

⁶ La réponse des autorités belges a été envoyée suite à une demande d'extension du délai de réponse du 14.04.2006, enregistrée le 18.04.2006, à laquelle la Commission a accédé par lettre du 24.04.2006.

⁷ Par ailleurs, les plaignants ont transmis les courriers du 02.02.2006, 20.10.2006, 21.12.2006, qui ont été enregistrés respectivement le 07.02.2006, 24.10.2006, 05.01.2007.

⁸ Les services compétents de la Commission ont par ailleurs rencontré les plaignants lors de deux réunions qui se sont tenues respectivement le 25.01.2006 et 22.11.2006.

⁹ Les services compétents de la Commission ont également discuté du dossier avec les autorités belges lors d'une réunion tenue le 20.10.2006.

¹⁰ La réponse des autorités belges a été envoyée suite à deux demandes d'extension du délai de réponse respectivement du 08.11.2006, enregistrée le 09.11.2006, et d'autre part du 16.11.2006, enregistrée le 17.11.2006; auxquelles la Commission a accédé par lettres du 15.11.2006 et du 28.11.2006.

¹¹ Au cours de l'année 2007, les plaignants ont transmis à la Commission des courriers du 04.06.2007, 18.07.2007 et du 18.11.2007 qui ont été respectivement enregistrés le 05.06.2007, 26.07.2007 et 21.11.2007.

¹² Les plaignants ont sollicité une extension du délai de réponse par courrier du 22.01.2008, enregistré le 25.01.2008, et obtenu ladite extension par courrier des services compétents de la Commission du 31.01.2008.

¹³ L'affaire porte le numéro T-128/08.

¹⁴ Cette affaire porte le numéro T-241/08.

- (6) Subséquemment, par courriers du 15.12.2008 et 22.12.2008, enregistrés le 06.01.2009 et 14.01.2009, les plaignants ont fourni des informations à la Commission. Les missives précitées ont été transmises aux autorités belges pour commentaires le 05.02.2009 après que les plaignants aient transmis les versions non-confidentielles par courrier du 23.01.2009, enregistré le 27.01.2009 en réponse à une sollicitation de la Commission par courrier du 12.01.2009. Par courrier du 06.05.2009 les autorités belges ont fourni leurs observations aux courriers précités¹⁵.
- (7) Par lettre du 27.02.2009 adressée aux autorités belges, la Commission a invité lesdites autorités à fournir les informations manquantes qui avaient été sollicitées dans les courriers précédents en vue d'aboutir à une décision. De même, par courrier du 27.02.2009, la Commission a invité les plaignants à lui faire parvenir des informations complémentaires nécessaires pour compléter l'examen du dossier en vue de l'adoption d'une décision conformément au Règlement du Conseil (CE) 659/1999¹⁶. Par lettre du 01.07.2009 les autorités belges ont transmis des renseignements complémentaires¹⁷ demandés par la Commission, faisant suite également à une réunion entre les services de la Commission et les représentants des autorités belges le 01.04.2009. Par ailleurs le 06.05.2009, les services de la Commission ont également tenu une réunion avec les plaignants afin de discuter de leur missive du 20.04.2009, enregistrée le 23.04.2009, et du suivi du courrier de la Commission du 27.02.2009. Les plaignants ont répondu à la lettre précitée de la Commission par courriers du 23.06.2009 et du 02.07.2009, enregistrés respectivement le 26.06.2009 et le 02.07.2009.
- (8) Concernant les procédures relatives aux deux requêtes en annulation précitées, par courrier du 04.02.2009 le TPI a invité la Commission à lui indiquer toutes les mesures prises dans le cadre de l'instruction de la plainte en objet postérieurement au 10.04.2008 et à lui transmettre toutes les informations nécessaires endéans le 27.02.2009. Par courrier du greffe du tribunal du 15.06.2009 les parties au litige ont été invitées à répondre à plusieurs questions pour le 29.06.2009. Dans ce même courrier le TPI invitait les parties à une audience informelle le 08.07.2009. Par courrier du 29.06.2009, la Commission a transmis ses réponses au TPI en indiquant qu'elle comptait adopter une décision dans le dossier sous rubrique fin octobre 2009 et priait donc le TPI, dans un souci d'économie de procédure, de bien vouloir ordonner la suspension des procédures en question jusqu'au 31 octobre 2009 conformément à l'Article 77 du règlement de procédure. Par courrier du 10.07.2009, le TPI a fait droit à la demande de suspension de la Commission jusqu'à la date du 31.10.2009.
- (9) La Commission note qu'en novembre 1995 les hôpitaux publics bruxellois ont fait l'objet d'une ample restructuration, impliquant un volet structurel et un volet financier, et qui a mené à la création des H-IRIS faisant l'objet de la plainte, en tant qu'entités nouvelles, sous la forme d'associations de droit public investies d'autonomie juridique et financière, regroupés sous la tutelle et le contrôle de la structure faîtière IRIS. L'organisation et le fonctionnement de ces hôpitaux, y compris les principes de leur financement, ont été définis et précisés à partir de l'année 1996, notamment à travers des plans stratégiques IRIS arrêtés par l'association faîtière, et recouvrant la période 1996-2008. La Commission observe que les mesures visées par la présente décision, dans la mesure où

¹⁵ La réponse a été transmise suite à une demande d'extension du délai de réponse du 09.03.2009, enregistrée le même jour, et concédée par la Commission par courrier du 11.03.2009.

¹⁶ JO L 83 du 27.03.1999, p. 1-9.

¹⁷ Cette réponse fait suite à une demande d'extension du délai de réponse du 10.04.2009 enregistrée le même jour, à laquelle la Commission a accédé par courrier du 23.04.2009.

elles constitueraient des aides d'Etat au sens de l'Article 87, paragraphe 1 du Traité CE, n'ont pas fait l'objet de notification au titre de l'Article 88, paragraphe 3 du Traité CE. D'autre part, l'Article 15, sous paragraphes 1 et 2 du Règlement du Conseil (CE) 659/1999 précise que les pouvoirs de la Commission en matière de récupération de l'aide sont soumis à un délai de prescription de dix ans. Le délai de prescription commence le jour où l'aide illégale est accordée au(x) bénéficiaire(s) au titre d'aide individuelle ou dans le cadre d'un régime d'aide. Ce délais de prescription concerne l'exercice des pouvoirs de la Commission concernant la récupération éventuelle d'une aide illégale et n'a pas d'incidence sur les pouvoirs d'investigation de la Commission en ce qui concerne l'analyse de l'existence d'une aide et de son éventuelle compatibilité au regard des exigences communautaires. A la lumière de l'ensemble des éléments factuels précédents, eu égard au fait que la plainte complète a été introduite en octobre 2005 et compte tenu du délai de prescription susmentionné, la Commission indique que la présente décision concerne partant les financements publics reçus par les 5 hôpitaux généraux publics bruxellois identifiés dans la plainte et repris à la note de bas de page numéro 3 et pour la période courant depuis le mois d'octobre 1996, y compris l'aide à la restructuration de 1995.

II. DESCRIPTION

- (10) Les autorités belges indiquent qu'au cours de la période d'examen, les hôpitaux publics bruxellois du réseau IRIS décrits ci-dessous, ont presté des missions de service public hospitalières et non-hospitalières définies, conférées et compensées sur base de dispositions nationales et infranationales décrites ci-après.

2.1. Les hôpitaux publics H-IRIS bénéficiaires

- (11) Les hôpitaux concernés par la présente décision sont des hôpitaux publics de la Région Bruxelles-Capitale, faisant partie du réseau IRIS. Il s'agit spécifiquement des cinq hôpitaux généraux publics suivants : le CHU Brugmann (CHUB), le CHU Saint-Pierre (CHUSP), l'Hôpital des Enfants Reine Fabiola (HUDERF), Iris-Sud (IS) et l'Institut Bordet (IB).
- (12) L'ensemble regroupant les 5 H-IRIS exploite environ 2400 lits sur les 8900¹⁸ lits hospitaliers que compte la Région de Bruxelles-Capitale et emploient près de 9000 professionnels, ils ont traité l'équivalent de près 690 000 journées d'hospitalisation¹⁹.

2.1.1. Situation avant 1996 et restructuration des hôpitaux publics bruxellois

- (13) Jusqu'au 31.12.1995, les H-IRIS en tant que tels n'existaient pas, il s'agissait d'établissements hospitaliers sans personnalité juridique propre qui étaient sous la tutelle et étaient gérés par les Centre Publics d'Action Sociale (CPAS). Les CPAS, sont des établissements publics institués par la loi du 8 juillet 1976²⁰; ils sont dotés de la personnalité juridique et assurent la prestation d'un certain nombre de services sociaux et veillent au bien-être de chaque citoyen, conformément aux conditions définies dans la loi précitée et dans les dispositions d'application fixée par le Roi²¹, ou l'autorité communale compétente. Chaque commune ou ville a son propre CPAS. Afin de

¹⁸ Estimation fournie par les plaignants dans leur courrier du 17.10.2005.

¹⁹ Il s'agit des informations publiées sur le site internet d'IRIS: <http://www.iris-hopitaux.be>.

²⁰ Les CPAS remplacent les centres publics d'aide sociale.

²¹ Cette expression recouvre le législateur ou les pouvoirs publics compétents.

remédier aux déficits structurels grevant les CPAS et les Communes, causés notamment par les déficits des hôpitaux sous leur tutelle alors que celles-ci doivent légalement présenter des comptes en équilibre, en mars 1994 le gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale a décidé d'opérer une restructuration en profondeur du réseau hospitalier afin d'assurer la pérennité des hôpitaux publics bruxellois. En mai 1994 un accord relatif à la politique hospitalière a été signé entre l'Etat fédéral, la Commission Communautaire Commune et la Région de Bruxelles-Capitale²². Cet accord a été approuvé par la Région de Bruxelles-Capitale par l'Ordonnance du 13 avril 1995²³. Cette dernière indique à l'Article 2, point 5° que les Communes signent entre elles un pacte de restructuration portant coordination et rationalisation de la politique hospitalière "*contenir des mesures propres à assurer une résorption fondamentale et durable du déficit des entités hospitalières concernées par la convention*". Cette restructuration a été consacrée par l'Ordonnance du 22 décembre 1995 de la Commission Communautaire commune de la Région Bruxelles-Capitale.

- (14) Au niveau structurel le plan de restructuration prévoyait la liquidation des anciens hôpitaux et le transfert d'activité vers des structures nouvelles juridiques propres, juridiquement et financièrement autonomes, sous la forme d'associations de droit public établies sur base des dispositions du Chapitre XII de la loi organique des Centres Publics d'Action Sociale du 8 juillet 1976. Ces hôpitaux ont été regroupés au sein d'IRIS, une structure faîtière créée le 01.01.1996, prenant elle aussi la forme d'association de droit public établie sur base des dispositions du Chapitre XII bis de la loi du 8 juillet 1976. L'ordonnance du 22 décembre 1995²⁴ précise les modalités de la tutelle exercée par IRIS sur d'autres associations dites locales, c'est-à-dire les associations ex-Chapitre XII de la loi du 8 juillet 1976, i.e. les hôpitaux publics concernés, notamment en ce qui concerne la fixation des missions de ces derniers et la coordination et le contrôle de leurs activités hospitalières. La structure faîtière IRIS est sous le contrôle des pouvoirs public, de fait elle doit exécuter les tâches qui lui sont mandatées par les pouvoirs publics au travers de l'Assemblée générale et du Conseil d'Administration où les pouvoirs publics ont la majorité des sièges, y compris les plans stratégiques IRIS 1996-2001 et 2002-2010 évoqués au point 2.2. ci-dessous.
- (15) La restructuration hospitalière comprenait également un volet financier, détaillé au point 2.4. de la présente décision.

2.1.2. Situation à partir de 1996

- (16) En janvier 1996 les H-IRIS ont obtenu l'autonomie juridique et budgétaire, ils sont devenus autonomes et responsables tant au niveau financier que médical que pour la gestion du personnel et des achats. A compter de cette date, chacun de ces hôpitaux est constitué sous forme d'Association de droit public régie par la loi du 8 juillet 1976. Chacune de ces associations dispose d'une Assemblée générale et d'un Conseil d'administration dans lesquels les pouvoirs publics ont la majorité des sièges²⁵.

²² Accord de coopération du 19 mai 1994 entre l'Etat fédéral, la Commission Communautaire Commune et la Région de Bruxelles -Capitale.

²³ Moniteur Belge du 24.06.1995, p. 1844-18150.

²⁴ Ordonnance de la Commission Communautaire Commune de la Région de Bruxelles-Capitale. Cette ordonnance insère un Chapitre XII bis dans la loi du 8 juillet 1976 organique des Centre Public d'Action Sociale (CPAS).

²⁵ Les Communes et CPAS.

- (17) L'association faîtière IRIS, qui regroupe les hôpitaux en question, est une association de droit public, dite association Chapitre XII bis. L'association faîtière est dirigée par un administrateur délégué, et elle comprend une Assemblée générale et un Conseil d'administration où sont représentés l'ensemble des communes et des C.P.A.S. concernés (Anderlecht, Bruxelles, Etterbeek, Ixelles, Schaerbeek, Saint-Gilles) ainsi que les associations de médecins, l'U.L.B. et la V.U.B.²⁶.
- (18) Les tâches principales d'IRIS sont: la coordination des activités des hôpitaux publics bruxellois, l'élaboration d'une politique médicale et de soins se basant sur des services et des institutions complémentaires (l'élaboration d'un plan de stratégie pour le réseau IRIS), l'amélioration qualitative des services destinés à l'ensemble de la population et le contrôle financier du réseau. Les modalités de tutelle d'IRIS sont définies dans l'Ordonnance du 22 décembre 1995 de la Commission Communautaire commune de la Région Bruxelles-Capitale²⁷. En tant qu'organe de tutelle, l'association faîtière IRIS est garante de l'orthodoxie budgétaire des cinq hôpitaux et exerce son contrôle sur la politique menée au plan local en matière de personnel, d'investissements immobiliers et d'équipements.

2.2. Missions de service public hospitalières des H-IRIS

2.2.1. Définition et mandatement

2.2.1.1. Missions de service public hospitalières générales

- (19) Au niveau fédéral, les obligations de services publics hospitaliers sont régies par la loi sur les hôpitaux coordonnée du 7 août 1987²⁸ (LCH). La LCH définit de manière détaillée les obligations de services publics hospitaliers incombant à tout hôpital²⁹, qu'il soit géré par une personne morale de droit privé ou de droit public^{30 31}.
- (20) En particulier, à l'Article 2 la LCH établit 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"*.

²⁶ Il s'agit de l'Université Libre de Bruxelles (ULB) et de la Vrije Universiteit Brussel (VUB).

²⁷ Publiée au Moniteur Belge 07.02.1996.

²⁸ La loi a été publiée au Moniteur Belge 07.10.1987 et est entrée en vigueur le 17.10.1987. Cette loi a été mise à jour au cours de la période d'investigation et a été remplacée par la loi relative aux hôpitaux et d'autres établissements de soins, coordonnée le 10 juillet 2008.

²⁹ Article 1 LCH.

³⁰ L'Article 1 précise "à l'exception du Ministère de la Défense nationale".

³¹ Les établissements hospitaliers sont assujettis par ailleurs à des règles de programmation et doivent répondre à des normes d'agrément, notamment l'Arrêté Royal du 23 octobre 1963 portant la fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre ainsi que l'Arrêté Royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers.

- (21) De plus, la LCH définit plus précisément, *inter alia*, les établissements considérés comme hôpitaux et le type d'hôpitaux reconnus comme prestataires éligibles³²; les conditions de gestion d'un hôpital et la structure de l'activité médicale³³; la programmation hospitalière³⁴; les normes et conditions d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers³⁵; les rapports entre l'hôpital et le médecin hospitalier et le statut pécuniaire du médecin hospitalier en ce compris *inter alia* les systèmes de rémunération, la perception et la fixation des honoraires, le contenu des honoraires, l'affectations des honoraires perçus de façon centrale³⁶.
- (22) La LCH définit donc non seulement les obligations de services publics hospitaliers mais aussi le mandatement de ces obligations à tout établissement répondant aux conditions de définition et d'agrément qui y sont stipulées ou qui la complètent en particulier au travers d'Arrêtés Royaux³⁷.

2.2.1.2. Missions de service public hospitalières spécifiques aux H-IRIS

- (23) En vertu des dispositions des plans stratégiques IRIS³⁸, les hôpitaux publics du réseau IRIS assument des missions de service public hospitalières spécifiques additionnelles.
- (24) Les H-IRIS ne peuvent procéder à aucune sélection des patients, particulièrement au vue de leur solvabilité, et quelque soit leur situation médicale – en urgence ou au-delà de l'urgence, alors qu'une telle obligation n'existe pas pour les hôpitaux privés, en particulier une fois passée la situation d'urgence. Cette obligation découle de l'Article 57 de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS en vertu duquel: "§1. Sans préjudice des dispositions de l'Article 57ter, le centre public d'action sociale a pour mission d'assurer aux personnes et aux familles l'aide due par la collectivité. Il assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive. Il encourage la participation des usagers. Cette aide peut être matérielle, médicale, médico-social ou psychologique". Cette obligation à charge des CPAS est déléguée par le biais de conventions avec les CPAS aux hôpitaux publics H-IRIS, qui sont organisés à partir de la loi sur les CPAS et sont de fait des associations de CPAS. Ce faisant les H-IRIS prennent en charge de façon plus importante que les hôpitaux privés les patients caractérisés par une très faible situation sociale et financière. Suite à la réforme de 1995, les H-IRIS ont assumé une mission de service public d'accès aux soins pour tous, quels que soient les revenus, au titre de la convention-type signée avec les CPAS. La convention-type précise sur ce point que: "*ces hôpitaux publics assurent des missions sociales par la dispensation des soins à toute personne quels que soient notamment sa pathologie, ses niveaux de revenus, conditions d'assurance en soins de santé ou origines*", à la suite d'une reprise des charges assumées par les CPAS, dont la mission

³² Articles 2 à 7 LCH.

³³ Articles 10 à 17 LCH.

³⁴ Articles 23 à 45bis LCH.

³⁵ Articles 68 à 76sexies LCH.

³⁶ Articles 130 à 142 LCH.

³⁷ Les normes d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers sont dans des Arrêtés Royaux (A.R.) notamment l'A.R. du 23.10.1964 (publié au Moniteur Belge 07.11.1964); et l'A.R. du 30.01.1989 (publié au Moniteur Belge le 21.02.1989) tels que modifiés subséquemment par le législateur.

³⁸ Conformément à l'ordonnance du 19 décembre 1995, modifiée par l'Ordonnance du 20 décembre 2002 insérant un chapitre XII bis dans la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS, Article 135quinquies §1, l'association faitière arrête un plan stratégique général et d'établissement triennal de l'activité hospitalière, qui s'impose aux associations locales qui ne peuvent y déroger. Au cours de la période couverte par le présent examen, les autorités publiques ont adopté et mise en œuvre deux plans stratégiques Iris couvrant respectivement la période 1996-2001 et 2002-2010.

légale est notamment *"de permettre aux personnes de mener une vie conforme à la dignité humaine, en leur accordant, s'il échet, l'accès à l'aide médicale"*.

- (25) Les plans stratégiques IRIS, qui organisent ces missions spécifiques, sont arrêtés par le Conseil d'administration de la structure faîtière IRIS qui chapeaute l'ensemble des hôpitaux publics bruxellois sur la base des dispositions légales obligatoires en vigueur, ce Conseil étant lui-même contrôlé par les pouvoirs publics tel qu'exposé au point 2.1.2. ci-dessus. De surcroît, il est relevé que la structure faîtière IRIS a été instituée par l'article 135bis de la loi organique des CPAS du 8 juillet 1976. L'article 135ter de cette même loi dispose que *« Il peut être créé une association faîtière qui a pour objet, par dérogation à l'article 118 de la présente loi, d'assurer la direction et la gestion générale de l'activité exercée en matière hospitalière par les associations locales. La direction et la gestion générale des activités hospitalières comprennent notamment un pouvoir général de coordination et d'intégration des politiques à mener par les associations locales au moyen de la fixation, par l'association faîtière, d'une part de la stratégie générale et d'établissement de la politique hospitalière et d'autre part des actions à entreprendre pour assurer la mise en œuvre de cette stratégie"*; et d'autre part *"un pouvoir de contrôle, et le cas échéant, de substitution à l'égard des associations locales afin d'assurer et de garantir la mise en œuvre de la stratégie générale et d'établissement définie par l'association faîtière, en particulier, dans les domaines financier et budgétaire, en matière de programmation et d'organisation des activités médicales ainsi que dans les secteurs de la logistique et des investissements"*. Partant, la loi impose donc que la structure faîtière coordonne et intègre les politiques à mener par les hôpitaux. Elle doit à cette fin fixer un plan stratégique. La loi prévoit même que lorsque l'association locale – l'hôpital public individuel donc – ne se conforme pas au règlement, la faîtière en assume la direction. Il est constaté que la structure faîtière IRIS, au même titre que les CPAS, doit être assimilée à un pouvoir public habilité à définir et déléguer des missions de services publics. Les plans stratégiques IRIS pour les périodes 1996-2001 et 2002-2006³⁹ prévoient notamment que *"Les hôpitaux publics ont pour vocation de base de prodiguer une médecine sociale ; celle-ci leur impose de répondre aux exigences de missions sociales, et ce, même si cette fonction n'est pas reconnue dans l'arsenal législatif et réglementaire qui régit le secteur hospitalier. Les hôpitaux publics ont pour vocation d'accueillir et de dispenser des soins à tous les patients quelles que soient leurs origines, leurs conditions, leur culture, leurs convictions et leurs pathologies. Il s'en suit que parce qu'ils sont publics, nos hôpitaux doivent répondre aux principes d'universalité, d'égalité, de continuité et de changement"*. En outre, ces plans stratégiques précisent que *"Selon ces trois principes, et parce qu'ils sont publics, les hôpitaux du réseau IRIS : reçoivent tous les patients quels qu'ils soient, soignent tous les patients sans aucune discrimination, s'engagent à organiser la prise en charge des patients et à garantir toutes les possibilités de soins qu'ils requièrent"*.
- (26) Les autorités belges indiquent par ailleurs que les H-IRIS ont l'obligation de maintenir une activité de services hospitaliers complète sur tous les sites (soins hospitaliers multi-site), visant à garantir l'accessibilité aux patients. Cette obligation dictée par des exigences de politique de Santé publique est définie et organisée dans les plans

³⁹ Le plan stratégique Iris 2002-2006 adopté le 19 décembre 2001 a été prorogé le 28 juin 2006 jusqu'en 2010. Ce dernier accord intègre la convention cadre conclue le 19 octobre 2005, avec l'ULB, le CPAS de Bruxelles-Ville, la Ville de Bruxelles et l'Hôpital Erasme, en présence de l'Etat belge représenté par son Ministre des Affaires sociales et de la Santé publique, ainsi que le plan de redéploiement de l'offre publique de soins en Région bruxelloise.

stratégiques IRIS adoptés par la structure faîtière IRIS, et entérinés par les H-IRIS, qui sont sous le contrôle direct des autorités publiques, tel qu'indiqué au point 2.1 de la présente décision.

- (27) Au titre de ces dispositions légales les H-IRIS doivent prodiguer des soins hospitaliers continuels, offerts à tout patient, quelque soit sa situation sociale ou financière. Ces obligations tiennent à la nature-même du service public de santé, qui requiert qu'il soit garanti une continuité des soins hospitaliers, qu'il s'agisse des soins d'urgence ou des soins habituels, dont l'accessibilité doit être garantie à tout patient, indépendamment de sa situation financière ou sociale. Ces obligations caractéristiques aux hôpitaux publics, dans la mesure où les dispositions législatives correspondantes leur sont spécifiquement applicables, alors que pareilles obligations ne sont pas imposées aux hôpitaux privés. En l'absence d'une exigence légale leur imposant ce type d'obligations, les hôpitaux privés restent libres de leur choix d'accorder des soins à des patients ayant une situation sociale ou financière précaire, notamment en dehors de situation d'urgence, et libres de déterminer l'éventail des services offerts dans leur sites.

2.2.2. Financement

- (28) Les autorités belges indiquent qu'au cours de la période d'investigation six types de recettes et financements des missions de services publics hospitaliers ont été perçus par les hôpitaux belges, dont cinq sont communes à tous les hôpitaux et un seul est alloué exclusivement aux hôpitaux publics, y compris les H-IRIS. Ces recettes et financements des missions de services publics hospitaliers sont détaillés ci-dessous.

2.2.2.1. Montants reçus de l'assurance maladie invalidité

- (29) Tous les hôpitaux belges reçoivent des montants de l'assurance maladie invalidité en fonction des actes ou de certains forfaits établis à l'occasion des soins dispensés. Ces financements publics des hôpitaux belges est fondé sur la loi relative à l'assurance santé⁴⁰, c'est-à-dire la sécurité sociale.
- (30) Les autorités belges précisent que la fourniture de soins de santé par les hôpitaux est un service public nécessairement financé par les pouvoirs publics que ces hôpitaux soient gérés directement par un pouvoir public ou par quelqu'un d'autre. Les montants versés par l'assurance maladie invalidité ne couvrent qu'une partie des coûts encourus par l'hôpital dans la réalisation des prestations hospitalières visées.

2.2.2.2. Rétrocession de tout ou partie des honoraires des médecins hospitaliers

- (31) Aux Articles 130 à 140, la LCH définit les rapports juridiques entre l'hôpital et les médecins hospitaliers, le statut pécuniaire du médecin hospitalier, les systèmes de rémunération, la perception des honoraires des médecins hospitaliers, la fixation des honoraires desdits médecins, l'affectation des montants des honoraires perçus de façon centrale. En particulier, la LCH établit aux Article 133 à 135 que quelque soit le système de rémunération des médecins hospitaliers, tous les montants à payer par les patients ou par des tiers, qui sont destinés à rémunérer les prestations des médecins hospitaliers se rapportant aux patients hospitalisés, sont perçus de façon centrale. Cette obligation de perception centralisée peut être étendue en tout ou partie, par le législateur

⁴⁰ Loi du 9 août 1963 telle que modifiée à ce jour par le législateur.

au niveau fédéral, aux prestations des médecins hospitaliers qui sont accomplies dans les services médico-techniques pour des patients qui sont examinés ou soignés à l'hôpital sans y être hospitalisés. Enfin, la LCH précise que cette perception est centralisée selon les conditions énoncées soit par le Conseil Médical de l'hôpital⁴¹ soit par l'hôpital lui-même.

- (32) La rétrocession que fait le médecin hospitalier de tout ou partie de l'honoraire qu'il perçoit est prévue par la LCH notamment à l'Article 140. L'Article 132 de la LCH indique que les médecins sont rémunérés selon l'un des cinq modes de rémunération qu'il prévoit. En application des Articles 130 et 131 ceci doit être fixé dans le cadre des règles de type contractuel qui fixent les obligations respectives de l'hôpital et des médecins, appelées "réglementation générale", qui sont établies en concertation entre le gestionnaire de l'hôpital et les représentants des médecins. En tout état de cause, l'Article 130 de la LCH prévoit que la "réglementation générale" doit fixer les conditions financières de la collaboration, y compris le taux de prélèvement au sens de cette disposition.

2.2.2.3. Compensation des frais d'exploitation par le budget des moyens financiers

- (33) Les hôpitaux bénéficient également de financement des frais d'exploitation, encourus dans la prestation des missions de service public hospitalières visées par la LCH, par le biais de l'allocation d'un "prix de journée" ou encore appelé "budget des moyens financiers" (BMF). Ce financement des coûts d'exploitations est défini dans la LCH⁴² et les conditions relatives à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux sont définies d'avance par Arrêté Royal⁴³.
- (34) Le BMF est fixé annuellement pour chaque hôpital par le Ministre fédéral qui a la Santé publique dans ses attributions. Ce budget doit s'inscrire dans les limites du budget global établi pour l'ensemble du Royaume, fixé par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres.
- (35) Les autorités belges indiquent que la notion de budget des moyens financiers est une notion juridique propre, différente du droit comptable ordinaire. Sous cette notion, on ne vise pas celle communément admise comme étant un acte prévisionnel de l'ensemble des recettes et des dépenses; elle reçoit en matière hospitalière une définition spécifique, plus stricte. Le budget de chaque hôpital s'inscrit dans le budget général du Royaume consacré aux établissements hospitaliers. Le budget de l'hôpital est arrêté par le Ministère des Affaires Sociales et est payé progressivement à mesure des hospitalisations.
- (36) Jusqu'en 2002, le patient se voyait facturer le prix de journée. Ce prix était fixé notamment sur base du nombre de lits de l'hôpital, le quota des journées d'hospitalisation et d'autres caractéristiques structurelles. Ce prix de journée, dont le patient ne payait en principe rien en vertu du principe du mécanisme du tiers payant, était alors payé à l'hôpital par l'Institut National d'Assurance Maladie-Invalidité, via les organismes assureurs. Avec ce mécanisme, le total des prix de journée facturés au cours d'une année pouvait ne pas correspondre exactement avec ce qui était prévu initialement

⁴¹ Le Conseil Médical est l'organe représentant les médecins hospitaliers par lequel ceux-ci sont associés à la prise de décision de l'hôpital. Les dispositions concernant le Conseil Médical sont reprises aux Article 120 à 131 de la LCH.

⁴² En particulier, voir les Articles 87 et suivants de la LCH.

⁴³ A.R. du 25 avril 2002, publié u Moniteur Belge le 30.05.2002, tel que modifié par le législateur à ce jour.

au budget. La différence était alors reportée sur le budget de l'année suivante. S'il y avait un trop perçu par l'hôpital, le montant de son budget pour l'année suivante était dégrevé d'autant. S'il y avait un manque à gagner pour l'établissement pour une année donnée, il y avait une augmentation du budget l'année suivante. C'est ce que l'on appelait les montants de rattrapage. Ces derniers posaient une réelle difficulté, car ils devaient être fixés par le Ministre fédéral de la Santé publique et ils étaient fixés avec près de dix ans de retard du fait de l'autorité fédérale. C'est ce qui a conduit à la révision du régime d'allocation au budget des moyens financiers.

(37) A partir de 2002, le financement des coûts d'exploitation s'articule principalement autour des activités justifiées de chaque hôpital elle-même dépendant du nombre et du type de patients traités à l'hôpital. Le BMF est désormais liquidé de la manière suivante. Une partie du budget, dont le montant est déterminé par le Roi, est liquidée par douzièmes mensuellement. La partie restante du budget de l'hôpital est liquidée en fonction de paramètres définis par le Roi. Le BMF comprend donc une partie fixe et une partie variable. Le financement qui est en lien direct avec les normes d'agrément peut, le cas échéant, être subordonné aux paramètres d'activité. Il en résulte que pour chaque hôpital qui prend la décision d'exploiter un service hospitalier, un service médico-technique, une section, une fonction ou un programme de soins, le financement destiné à couvrir les coûts générés par le respect des normes d'agrément peut être subordonné au niveau d'activité atteint⁴⁴. Par ailleurs, les BMF intègre à présent également les hospitalisations de jour.

(38) Les règles d'établissement du BMF sont établies au sein de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002⁴⁵. Cet arrêté définit et détaille au travers d'une centaine d'articles les différents éléments qui sont pris en considération pour son établissement. Le budget est composé de 3 parties et 17 sous-parties où sont repris les coûts compensables. En particulier on distingue:

1° la Partie A qui comporte trois Sous-parties couvrant respectivement les sortes de charges suivantes:

- a) Sous-partie A1 : les charges d'investissement;
- b) Sous-partie A2 : les charges de crédits à court terme;
- c) Sous-partie A3 : charges d'investissement des services médico-techniques.

2° la Partie B qui comporte huit Sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :

- a) Sous-partie B1 : les coûts des services communs;
- b) Sous-partie B2 : les coûts des services cliniques;

⁴⁴ Article 7 de l'A.R. du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

⁴⁵ Pour la période 1996-2002, ces règles étaient fixées par l'arrêté ministériel du 2 août 1986 fixant pour les hôpitaux et les services hospitaliers, les conditions et règles de fixation du prix de journée, du budget et de ses éléments constitutifs, ainsi que les règles de comparaison du coût et de fixation du quota des journées d'entretien. Le financement des coûts d'exploitation des missions de service public hospitalières par la BMF a été réformé par l'A.R. du 25 avril 2002 lequel établit que la compensation n'est plus déterminée en faisant référence au nombre de lits, aux journées d'hospitalisation et au regard d'autres caractéristiques structurelles utilisées précédemment. A présent le financement s'articule autour de l'activité justifiée qui est sur le nombre et le type de patients traités à l'hôpital.

- c) Sous-partie B3 : les frais de fonctionnement des services médico-techniques;
 - d) Sous-partie B4 : les coûts qui sont couverts par le montant spécifique prévu à l'Article 99 de la LCH concernant une éventuelle restructuration hospitalière;
 - e) Sous-partie B5 : les coûts pour le fonctionnement de l'officine hospitalière;
 - f) Sous-partie B6 : les coûts découlant des avantages complémentaires prévus dans les accords sociaux des 4 juillet 1991, 22 novembre 1991, 1er mars 2000 et 28 novembre 2000, octroyés au personnel hospitalier dont le financement est, en tout ou partie, à charge des honoraires et qui sont occasionnés par des prestations de santé visées à l'Article 95, 2° de la LCH;
 - g) Sous-partie B7 : les coûts spécifiques liés aux tâches spécifiques assumées dans le domaine des soins aux patients, de l'enseignement clinique, de la recherche scientifique appliquée, du développement de nouvelles technologies et de l'évaluation des activités médicales. Cette Sous-partie B7 est scindée en : une sous-partie B7A qui concerne les hôpitaux universitaires désignés par l'arrêté royal du 10 août 2005 désignant des hôpitaux ayant la qualité d'hôpital universitaire; et une sous-partie B7B qui concerne les hôpitaux bénéficiant du financement prévu en matière de développement, d'évaluation et d'application des nouvelles technologies médicales et/ou de formation des candidats spécialistes, hormis les hôpitaux bénéficiant du B7A;
 - h) Sous-partie B8 : les coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patients très faible sur le plan socio-économique.
 - (i) Sous-partie B9 : les coûts découlant des avantages particuliers prévus dans l'Accord relatif aux secteurs fédéraux de la santé du 26 avril 2005 conclu entre le gouvernement fédéral et les organisations représentatives du secteur privé non marchand et dans le protocole n° 148/2 du Comité commun à l'ensemble des services publics des 29 juin 2005, 5 juillet 2005 et 18 juillet 2005.
- 3° la Partie C qui comporte quatre Sous-parties couvrant respectivement les sortes de coûts suivants :
- a) Sous-partie C1 : les frais de pré-exploitation;
 - b) Sous-partie C2 : les coûts relatifs à des exercices précédents ou en cours qui sont rectifiés par des montants de rattrapage;
 - c) Sous-partie C3 : le montant à diminuer pour les chambres à 1 lit et à 2 lits pour lesquelles, conformément à l'Article 90 de la LCH, des suppléments au-delà du BMF sont perçus;
 - d) Sous-partie C4 : le surplus de recettes estimé pour un exercice déterminé en ce qui concerne les services "Sp" (soins palliatifs), les unités de grands brûlés et les hôpitaux psychiatriques.

- (39) L'Arrêté Royal définit les modalités de fixation du budget, les critères selon lesquels les coûts sont admis ainsi que les coûts éligibles relevant de chaque partie et sous-partie du BMF⁴⁶. L'Arrêté Royal définit également⁴⁷ l'indexation du budget, les adaptations du budget notamment pour prendre en compte la suppression, l'ouverture et la reconversion de lits hospitaliers⁴⁸, ainsi que les conditions et règles de révision du budget et la liquidation du budget. Enfin, l'Arrêté contient également des dispositions relatives au remboursement des financements perçus en cas de manquements aux obligations contenues dans ledit Arrêté.
- (40) En ce qui concerne spécifiquement la sous-partie B8 du BMF⁴⁹, l'Arrêté Royal précise qu'un montant déterminé⁵⁰ est réparti entre les hôpitaux "aigus" sur base de certains critères définis au préalable, notamment: "a) ratio du nombre d'admissions relatives à des patients qui remplissent les conditions pour bénéficier du Maximum à facturer social par rapport au nombre total d'admissions relevant des organismes assureurs repris à l'Article 99§1; b) ratio du nombre d'admissions relatives aux patients bénéficiant du Maximum à Facturer bas revenus et qui sont isolés par rapport au nombre total d'admissions relevant des organismes assureurs repris à l'Article 99§1; c) ratio du nombre de dossiers de personnes sans domicile de secours dont les coûts d'hospitalisation sont remboursés aux CPAS par le Service public de programmation Intégration sociale, lutte contre la pauvreté et économie sociale par rapport au nombre total d'admissions."⁵¹ Par ailleurs, selon le même Arrêté Royal, pour conserver le bénéfice du financement précité, les hôpitaux sélectionnés doivent faire la preuve que, pour l'ensemble de l'hôpital, ils appliquent les tarifs de l'engagement selon les conditions qui, dans l'accord national médecins-organismes assureurs sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter ces tarifs. En cas d'absence d'un tel accord national, ils doivent appliquer pour l'ensemble de l'hôpital les tarifs qui servent de base pour l'intervention de l'assurance maladie selon les conditions qui, dans le dernier accord national médecins-organismes assureurs, sont d'application aux médecins qui se sont engagés à respecter les tarifs de cet accord. Le Ministre qui a la fixation du BMF dans ses attributions peut définir, par voie de convention avec les hôpitaux concernés, les modalités pratiques, y compris celles relatives à l'enregistrement, sur la base desquels les obligations précitées sont exécutées et contrôlées. Lorsqu'il n'est pas répondu à l'ensemble des critères, le Ministre, dont question ci-dessus, fixe les pourcentages du montant octroyé devant être remboursé ainsi que le calendrier du remboursement.

⁴⁶ Article 24 à 87 de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002.

⁴⁷ Articles 88 à 100 de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002.

⁴⁸ Il s'agit là de mesures assimilables à une aide à la restructuration.

⁴⁹ Article 80 de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002 et Article 102§2 de la LCH, qui prévoit: "*L'Etat peut octroyer une subvention complémentaire afin de couvrir des coûts spécifiques générés par l'hôpital ayant un profil de patient très faible sur le plan socioéconomique. Le Roi fixe les règles et les conditions suivant lesquelles cette subvention complémentaire est fixée, octroyée et liquidée. Les dispositions des articles 100 et 101 sont applicables au budget des moyens financiers visé à l'article 87, après déduction de la subvention complémentaire visée dans le présent paragraphe.*"

⁵⁰ Il s'agit d'un montant de 18.108.621,55 EUR cf. index 01/01/2005.

⁵¹ Au titre de l'article 99§1 de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002, "Par organisme assureur visé dans la loi du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, il y a lieu d'entendre : l'Alliance nationale des Mutualités chrétiennes; l'Union nationale des Mutualités socialistes; l'Union nationale des Mutualités libérales; l'Union nationale des Mutualités libres; l'Union nationale des Mutualités Neutres; la Caisse Auxiliaire Maladie-Invalidité; la Société nationale des Chemins de fer belges."

2.2.2.4. Subsidés à l'investissement

- (41) En outre, la LCH distingue des financements supplémentaires pour les hôpitaux. Il s'agit des financements publics accessibles à tous les hôpitaux qui sont destinés à couvrir les investissements⁵². Dans les conditions énoncées dans la LCH, ces financements couvrent notamment les frais de construction et de reconditionnement de l'hôpital ou du service hospitalier, les frais de premier équipement ou de première acquisition d'appareils⁵³.

2.2.2.5. Indemnités

- (42) La LCH prévoit également la possibilité de verser des indemnités⁵⁴ qui sont accordées pour la réalisation de frais d'étude ou de projet de construction⁵⁵, pour les frais de fermeture ou de non-exploitation d'un hôpital ou d'un service hospitalier⁵⁶.

2.2.2.6. Financement des déficits des hôpitaux publics

- (43) La LCH institue également un financement complémentaire au bénéfice des seuls hôpitaux publics⁵⁷, y compris ceux des H-IRIS visés par la plainte, couvrant les déficits de ces hôpitaux. Le principe de la prise en charge des déficits des hôpitaux publics par les communes a été confirmé par l'Article 34 de la loi du 28 décembre 1973 relative aux propositions budgétaires de 1973-1974, le principe ayant déjà été affirmé dans la loi du 23 décembre 1963⁵⁸.

- (44) En particulier l'Article 109 de la LCH⁵⁹ dispose que " *Les déficits éventuels dans les comptes de gestion des hôpitaux, respectivement des centres publics d'aide sociale, des associations visées à l'Article 118 de la loi du 8 juillet 1976 organique des centres publics d'aide sociale et des associations intercommunales comprenant un ou plusieurs centres publics d'aide sociale ou communes, sont couverts comme suit:*

1° (le déficit est fixé sur base du compte de résultats de l'exercice considéré, approuvé par le Conseil de l'aide sociale ou l'Assemblée générale de l'association et dans lequel il n'est pas tenu compte des activités qui ne relèvent pas de l'hôpital.

Le Roi détermine les éléments du compte de résultats à prendre en considération pour la fixation du déficit, à partir de l'exercice comptable 2004.

⁵² Articles 46 à 67 LCH.

⁵³ Concernant les hôpitaux bruxellois, publics comme privés, ceux-ci ont bénéficié par ailleurs au cours de la période 1997-2007 de subsidés à l'investissement accordés par le Collège de la Commission Communautaire commune de la Région de Bruxelles-Capitale pour la rénovation du Parc Hospitalier Bruxellois au titre du plan Hasquin-Chabert. Ce plan prévoyait initialement un budget de 4.5 milliards de Francs belges (BEF) (*circa* € 112 millions), dont près de 57% étaient destinés aux bénéficiaires privés et près de 43% aux bénéficiaires publics. Sur base des informations fournies par les autorités belges pour l'ensemble de la période les hôpitaux privés et publics bruxellois ont bénéficié au total respectivement de BEF 4.720,2 millions (*circa* € 117 millions) et BEF 3.450,7 millions (*circa* € 85 millions), correspondant à des parts respectives de 58% et 42%.

⁵⁴ Article 47 de la LCH.

⁵⁵ Pour les frais de réalisation d'étude de projet de construction, une indemnité peut être versée au cas où le projet aurait fait l'objet d'un accord de principe venant à être abandonné.

⁵⁶ L'Article 47 de la LCH indique que l'indemnité peut être versée aussi en cas de non exploitation ou d'arrêt d'utilisation de l'appareillage médical lourd – celui-ci étant également défini dans la LCH. Cette mesure concerne également la restructuration hospitalière.

⁵⁷ Articles 109 et 110 LCH.

⁵⁸ Cette loi imposait la couverture des déficits à hauteur de 10% par la commune où était situé l'hôpital, les 90% restants étant à charge des communes belges de résidence des patients.

⁵⁹ Cet Article de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, a été modifié par le législateur, plus récemment par l'Article 125 de la loi du 10 juillet 2008.

Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, détermine chaque année le montant de ces déficits. Sa décision est communiquée aux administrations subordonnées concernées et portée à la connaissance de l'organisme financier qui gère les comptes des administrations subordonnées afin de porter d'office les montants du déficit aux comptes des administrations subordonnées.)

2° ... le déficit est supporté par la commune dont le centre public d'aide sociale gère l'hôpital. Au cas où l'hôpital est exploité par une association visée à l'Article 118 de la loi organique précitée du 8 juillet 1976 ou par une association intercommunale, le déficit est supporté par les administrations locales qui composent l'association, au prorata de leur propre part dans l'association;

3° (ancien 4°) le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, peut déléguer, en tout ou en partie, les compétences visées au point 1° à un fonctionnaire du Ministère des Affaires sociales, de la Santé publique et de l'Environnement.

- (45) Les critères pour la fixation des déficits des hôpitaux, visés l'Article 109 de la LCH sont fixés par Arrêté Royal⁶⁰. En particulier, ceux-ci précisent que ne sont pas pris en considération pour la fixation du montant du déficit: premièrement le résultat des activités non hospitalières⁶¹; deuxièmement le montant du rattrapage estimé de l'exercice repris au compte 701, repris au même arrêté, du compte de résultats est, le cas échéant, rectifié s'il n'a pas été établi conformément aux dispositions de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux; troisièmement les provisions (dotations, utilisations et reprises) figurant aux comptes 625, 635, 636, 637, 662 et 762 du compte de résultat repris à l'arrêté royal du 14 août 1987; quatrièmement les amortissements découlant d'une réévaluation des investissements ne sont pas retenus; et cinquièmement au niveau des produits et des charges exceptionnels ne sont retenus ni les montants de rattrapages ayant trait à des exercices antérieurs à l'année 2004, ni les montants relatifs à l'intervention des pouvoirs publics subordonnés dans le déficit et ni les corrections de provisions.
- (46) L'Article 109 impartit la responsabilité de la prise en charge des déficits hospitaliers aux Communes dont le CPAS gère l'hôpital. Cependant, s'appuyant sur l'Article 6, paragraphe 1, de la loi spéciale du 8 août 1980 relative aux réformes institutionnelles en Belgique, qui attribue aux Régions compétence en matière de financement général des communes, des agglomérations et fédérations de communes et des provinces, la Région de Bruxelles-Capitale a choisi de se substituer aux Communes sur le territoire desquelles les hôpitaux publics sont installés. Par ailleurs, la prise en charge importante de patients sociaux par les H-IRIS entraîne un surcoût pour ces hôpitaux laquelle, compte tenu du caractère limité et insuffisant des financements *ex parte* B-8 du BMF, laisse un déficit dans les comptes des H-IRIS pour la prestation de services hospitaliers. Ce déficit hospitalier lié au traitement de patients sociaux est considéré par les autorités belges comme pouvant légitimement être pris en compte dans le déficit hospitalier bénéficiant de la compensation *ex Article* 109 de la LCH.

⁶⁰ Les arrêtés royaux de référence au cours de la période écoulée sont l'A.R. du 8 décembre 1986, modifié par l'A.R. du 10 novembre 1989, abrogé par l'A.R. du 8 mars 2006 lequel est entré en vigueur le 12 avril 2006.

⁶¹ Ce résultat est établi en application des règles comptables applicables aux hôpitaux et notamment en vertu des dispositions de l'A.R. du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux. Ce montant est repris au compte de résultats par centres de frais définitifs pour les centres de frais n^{os} 900 à 999 repris à l'AR. précité.

- (47) Par ailleurs, l'Ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 8 avril 1993 portant création du Fond Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales (FRBRTC) a institué un mécanisme de financement ayant pour vocation de satisfaire, notamment, à l'obligation découlant de l'Article 109 de la LCH incombant aux administrations locales. De plus, au travers des modifications introduites par l'Ordonnance de la Région de Bruxelles-Capitale du 2 mai 2002⁶² ce mécanisme permet de financer indirectement une partie du déficit hospitalier à charge des communes et également d'autres missions de service public assumées par les communes bruxelloises. En pratique, le déficit *ex* Article 109 est fixé par le Ministre fédéral de la Santé Publique avec près de 10 ans de retard, ce qui met les établissements publics dans l'incertitude quant à l'établissement de leurs comptes. Afin de réduire l'impact du délai de la décision du Ministre, la Région bruxelloise a dès lors décidé d'aider de façon temporaire les hôpitaux publics bruxellois en avançant les fonds, qui selon des estimations vraisemblables, devraient permettre de couvrir une partie du déficit hospitalier. C'est le mécanisme mis en place par le FRBRTC. Dès que le Ministre fédéral de la Santé Publique arrête définitivement les comptes des établissements hospitaliers, l'Article 109 permet alors à l'organisme bancaire de prélever directement la partie du déficit couverte par l'Article 109 à charge des pouvoirs publics associés, i.e. les communes. Cet argent est alors versé immédiatement aux établissements hospitaliers lesquels restituent, le jour même, aux communes les avances reçues par le biais de FRBRTC.
- (48) Les missions de services publics hospitalières spécifiques aux H-IRIS, *i.e.* l'obligation de prise en charge de tout patient en toutes circonstances et le maintien d'une activité hospitalière complète sur tous les sites visant à garantir l'accessibilité des soins en faveur de tout patient, recouvrent des activités et de soins de santé visées par les dispositions de la LCH. En effet, ces missions sont couvertes par le BMF et en particulier, la sous-partie B8 de ce dernier⁶³. Cependant, ces compensations ne couvrent pas la totalité des coûts réellement supportés par les H-IRIS dans l'exécution de ces missions. Partant, dans la mesure où les surcoûts engendrés par ces obligations et non-compensés par la BMF contribuent aux déficits hospitaliers des H-IRIS, ceux-ci sont en partie pris en charge par les pouvoirs publics sur base de l'Article 109 de la LCH.

2.3. Missions de service public non-hospitalières des H-IRIS

2.3.1. Missions sociales déléguées par les CPAS

2.3.1.1. Définition et mandatement

- (49) Il s'agit de missions sociales, de nature non-hospitalière, qui sont spécialement confiées aux H-IRIS depuis 1996. A compter de cette date, les hôpitaux publics IRIS assument une mission de service public sociale qui était, auparavant, exercée par les CPAS.
- (50) Le CPAS:
- (i) est tenu de fournir l'aide sociale⁶⁴ aux personnes et aux familles due par la collectivité.

⁶² Cette Ordonnance modifie l'Ordonnance du 8 avril 1993 a été publiée au Moniteur belge le 22 mai 2002.

⁶³ Le financement prévu par la sous-partie B8 du BMF est ouvert à tout hôpital, tel que définit par la LCH, qu'il soit public ou privé, sur respect des critères d'éligibilité y précisés concernant les différents ratios permettant d'analyser la situation financière et sociale du patient traité.

⁶⁴ Il s'agit d'une aide individuelle adressée aux seules personnes physiques.

Sans préjudice des dispositions de l'Article 57ter, le CPAS assure non seulement une aide palliative ou curative, mais encore une aide préventive.

Il encourage la participation sociale des usagers. Cette aide peut être de nature "matérielle, sociale, médicale, médico-sociale ou psychologique (Article 57§1 de la loi du 8 juillet 1976 relative aux CPAS);

- (ii) Le CPAS doit remplir ses missions dans le plus strict respect des convictions des bénéficiaires d'aide concerné (Article 59 de la loi sur les CPAS);
 - (iii) En principe, les CPAS agissent par leurs propres moyens, mais ils peuvent, sans qu'il y ait d'obligation, recourir à la collaboration de personnes, d'établissements ou de services qui, créés soit par des pouvoirs publics, soit par des initiatives privées. Ces derniers doivent disposer des moyens nécessaires pour réaliser les diverses solutions qui s'imposent, en respectant le libre choix de l'intéressé. Le CPAS peut supporter les frais éventuels de cette collaboration, s'ils ne sont pas couverts en exécution d'une autre loi, règlement, contrat ou d'une décision judiciaire (Article 61 de la loi sur les CPAS);
- (51) Afin de recourir le cas échéant aux collaborations, le CPAS conclut des conventions avec les personnes physiques ou morales disposant des moyens nécessaires à la réalisation des solutions qui s'imposent sur le territoire sous la tutelle du CPAS. De telles conventions-types ont été signées entre les CPAS compétents et les hôpitaux H-IRIS.
- (52) Ces missions d'intérêt communal sont explicitées dans les plans stratégiques IRIS, adoptés par la structure faîtière, qui est créée par les CPAS eux-mêmes, et qui chapeaute les H-IRIS. Ainsi, les plans stratégiques IRIS, arrêtés conformément aux dispositions légales en vigueur, prévoit notamment que: "*Le service social est indispensable dans l'hôpital public, pour accompagner les patients, tant ambulants qu'hospitalisés. Il consiste à assister les patients et leur famille pour résoudre et gérer des problèmes et des difficultés administratives, financières, relationnelles et sociales liées à l'état de maladie, au séjour et au traitement à l'hôpital, ainsi qu'aux nouvelles perspectives et situations*" et s'articule "*autour d'une aide administrative, d'un accompagnement psychosocial, d'un rôle d'information, de prévention, de sensibilisation, de collaboration et de coordination*". Le service social est fondé sur une formation et déontologie spécifique, qui prene en compte son rôle de relais entre différents services, au sein de l'hôpital (médecins, infirmiers, facturation, accueil, et autres.) ou extérieurs à celui-ci (couverture sociale, services de soins et aide à domicile, aspects linguistiques et culturels parmi d'autres).

2.3.1.2. Financement

- (53) Le financement de ces missions sociales propres aux H-IRIS est organisé à partir d'une ordonnance du 13 février 2003⁶⁵, portant octroi de subventions spéciales aux communes de la Région de Bruxelles-capitale. Cette ordonnance, en considération de l'intérêt communal des missions sociales dont il est question, prévoit un mécanisme permettant de confier la charge de ces missions aux pouvoirs publics locaux.

⁶⁵ Ordonnance du 13 février 2003 portant octroi de subventions spéciales aux communes de la Région de Bruxelles-capitale – Ministère de la Région de Bruxelles-Capitale, Moniteur Belge du 5 mai 2003, p. 24098.

- (54) L'ordonnance du 13 février 2003 institue un financement spécifique (subvention spéciale) par le Région de Bruxelles-Capitale en faveur des communes pour la réalisation des missions d'intérêt communal. La compensation des coûts des missions déléguées des CPAS est financée hors BMF; dès lors, la couverture des coûts dérivant des missions sociales, non-hospitalières prestées dans le cadre des missions déléguées par les CPAS est séparée de la couverture des coûts des soins pour les patients sociaux (ex sous-partie B8 du BMF).
- (55) Ainsi, l'ordonnance détermine la base légale de l'intervention du Gouvernement de la Région Bruxelles-Capitale en faveur des communes de sa juridiction, notamment en son Article 2, qui prévoit que *"Chaque année dans les limites des crédits budgétaires disponibles, à cette fin, le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale peut accorder une ou des subventions spéciales, en faveur des communes de la Région de Bruxelles-Capitale, destinées à la réalisation de tâches d'intérêt communal."*
- (56) Sur cette base, le Gouvernement de la Région Bruxelles-Capitale alloue annuellement une allocation de € 10 millions en faveur des communes, sur base d'une convention type, conclue par ce dernier avec les communes. Ce budget annuel est fixé au niveau régional et adopté par le Parlement bruxellois chaque année par le biais d'Ordonnance⁶⁶. Au titre de l'Article 4 de l'ordonnance du 13 février 2003, *"Une convention sera conclue entre la Région de Bruxelles-Capitale, représentée par son Gouvernement, et la commune bénéficiaire de la subvention qui déterminera les engagements respectifs de la Région de Bruxelles-Capitale et de la commune bénéficiaire de la subvention"*.
- (57) Selon le texte de la convention type précitée, ces financements sont accordés au titre des missions sociales des hôpitaux publics bruxellois⁶⁷, chaque commune s'engageant à rétrocéder le montant reçu directement à l'hôpital concerné.
- (58) Concernant le montant de ces subventions, l'ordonnance précise des règles minimales: *"...elles seront égales à, au moins cinquante pour cent et, au plus à cent pour cent, du coût de la réalisation des tâches et des missions (d'intérêt communal)"*.

2.3.2. Autres missions

2.3.2.1. Définition et mandatement

- (59) Les hôpitaux publics bruxellois ont par ailleurs à leur charge une obligation de bilinguisme d'une partie importante de leur personnel. Selon les informations fournies par les autorités belges, elle entraîne des surcoûts annuels d'environ € 4 millions, non supportés par l'Etat fédéral.
- (60) Cette obligation de bilinguisme, qui relève d'une mission de service public, est spécifique aux hôpitaux publics bruxellois, n'étant pas imposée ni aux autres hôpitaux publics de la Région wallonne ou de la Région flamande, ni aux hôpitaux privés.

⁶⁶ Pour 2008 il s'agit de l'Ordonnance du 21.12.2007 contenant le budget général des dépenses de la Région de Bruxelles-Capitale pour l'année 2008. Pour 2007, il s'agit de l'Ordonnance du 22.12.2006; pour 2006 c'est l'ordonnance du 23.02.2006; pour 2005 il s'agit de l'Ordonnance du 23.12.2004; pour 2004 c'est l'Ordonnance du 18.12.2003.

⁶⁷ Article 1§2 de la convention type conclue entre le Gouvernement de la Région Bruxelles-Capitale et les communes associées aux hôpitaux publics – document fourni à la Commission.

(61) Cette obligation trouve son fondement dans les statuts des organismes publics de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale, qui est organisé et régi par les Articles 17 à 22 de la loi coordonnée du 18 juillet 1966 sur l'emploi des langues en matière administrative. Ces dispositions imposent le bilinguisme aux services publics locaux basés dans la région bilingue de Bruxelles-Capitale, y compris aux hôpitaux IRIS, compte tenu de leur qualité d'association de CPAS.

2.3.2.2. Financement

(62) Pour les obligations de bilinguisme revenant aux H-IRIS il n'y a pas de compensation du surcoût estimé à € 4 million par an par le BMF. Ce surcoût est mesurable et identifiable compte tenu du fait qu'il prend la forme d'une prime spécifique de bilinguisme qui est payée au personnel des hôpitaux publics qui est identifiée comme telle dans leur rémunération.

(63) L'Article 21§2 de la loi susnommée du 18 juillet 1966 impose une connaissance de base de la deuxième langue, alors que l'Article 21§5 explicite cette obligation pour les personnes en contact avec le public. Sur cette base, le bilinguisme s'impose au personnel notamment médical en contact avec le public. Le statut du personnel d'IRIS prévoit dès lors une prime pour récompenser l'effort accru demandé à ce personnel.

(64) Toutefois, les dispositions législatives nationales ne prévoient pas de financement spécifique pour l'exigence de bilinguisme. Les H-IRIS doivent donc financer, par eux-mêmes, ce complément de rémunération. Dès lors que ceci n'est compris ni dans le BMF, ni dans la nomenclature des soins de santé (sécurité sociale), la charge liée à cette prime est supportée par la Région de Bruxelles-Capitale au travers du mécanisme mis en place par l'Article 109 de la LCH.

2.4. Aide à la restructuration hospitalière de 1995

(65) Le volet structurel de la restructuration des hôpitaux publics relevant de la tutelle des CPAS (tel qu'exposé dans la section 2.1. ci-dessus) a été accompagné par un volet financier consistant, en application de l'accord du 19 mai 1994 précité, en l'apport aux Communes concernées d'un prêt visant à les soutenir pour la prise en charge, en tant qu'actionnaires, des déficits des hôpitaux des CPAS relevant de leur compétence. Le 23.11.1995 le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale a approuvé la promesse ferme de financement et a confirmé l'octroi de l'aide aux Communes concernées sous la forme d'un prêt pour un montant total de 4 milliards de francs belges (près de € 100 millions) pour une durée de 20 ans afin que celles-ci résorbent au 31.12.1995 le passif de liquidation des hôpitaux⁶⁸ des 6 CPAS concernés⁶⁹. Ce prêt a été consenti par le Fonds Régional Bruxellois de Refinancement des Trésoreries Communales (FRBRTC) lequel a été institué par l'Ordonnance de la Région de

⁶⁸ La Décision du Collège réuni du 23.11.1995 répartit les fonds d'un montant de BEF 4 milliards entre les 6 Communes concernées comme suit: Ville de Bruxelles € 53.545.001 (BEF 2160millions); Schaerbeek € 14.873.611 (BEF 600 millions) ; Anderlecht € 3.966.296 (BEF 160 millions); Saint-Gilles € 6.941.019 (BEF 280 millions); Etterbeek € 7.932.593 (BEF 320 millions) et Ixelles € 11.898.889 (BEF 480 millions).

⁶⁹ Il s'agissait de prendre en charge le déficit des hôpitaux relevant de la compétence des Communes concernées pour la période 1989-1995.

Bruxelles-Capitale du 8 avril 1993⁷⁰. Le Fonds est géré par l'Exécutif de la Région de Bruxelles-Capitale.

- (66) Cette intervention du FRBRTC en faveur des Communes est fondée sur:
- (i) l'Accord de coopération conclu le 19 mai 1994 entre l'Etat fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission Communautaire commune relatif à la politique hospitalière et en particulier l'Article 2 (publié le 27.05.1994). Cet accord prévoit toutes les dispositions essentielles de l'intervention (bénéficiaires, conditions du pacte de restructuration, modalités de contrôle des conditions, procédure de demande et octroi du prêt);
 - (ii) l'Arrêté du 27 avril 1995 du Collège réuni relatif à l'agrément d'une structure de coordination hospitalière et à l'octroi de subventions (publié le 24.06.1995). Cet arrêté organise la procédure d'agrément en faveur des structures hospitalières pouvant faire l'objet des subventions en cause;
 - (iii) la Décision du Collège réuni du 23 novembre 1995 approuvant le plan financier et la répartition de l'intervention Régionale plafonnée à € 100 millions. Cette décision approuve le pacte de restructuration portant coordination et rationalisation en matière de politique hospitalière conclu entre les Communes concernées conformément à l'Article 4§5, de l'Accord visé au point (i) ci-dessus, et en particulier approuve le statut des associations hospitalières locales et de la structure faitière. Elle prévoit le plan financier et la répartition de l'aide Régionale plafonnée à près de € 100 million entre les Communes concernées. Cette décision octroie la promesse ferme de financement conformément à l'Article 4§6 de l'Accord précité;
 - (iv) la Décision de la Région de Bruxelles-Capitale du 6 juin 1996. Par cette décision, le Gouvernement de la Région Bruxelles-Capitale approuve le projet de convention type relative à l'intervention du FRBRTC dans le cadre de la restructuration des hôpitaux publics et confirme la mise en irrécouvrable le remboursement des charges et intérêts sous réserve du respect des plans financiers quinquennaux qui en font partie intégrante. L'abandon de créance est acquis sauf si les conventions d'assainissement ne sont pas mises en œuvre;
 - (v) les six conventions types du 6 juin 1996 entre le FRBRTC, le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale, le Collège réuni de la Commission Communautaire commune, les six communes et les CPAS concernés ainsi que les hôpitaux sous forme d'associations locales. Ces six conventions conclues avec chacune des Communes concernées prévoient l'octroi de prêts à long terme remboursables en vingt ans mais qui ne doivent pas être recouverts si les conditions prévues par les conventions sont respectées, conformément à la Décision du Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale du 6 juin 1996.

⁷⁰ Le financement indirect d'une partie du budget des hôpitaux publics bruxellois par le biais FRBRTC date d'une réforme de 2002 introduite par l'Ordonnance du 2 mai 2002 modifiant l'ordonnance du 8 avril 1993.

- (67) Le prêt du FRBRTC était conditionné à la mise en place de nouvelles méthodes de gestion et à la recherche de synergies⁷¹, tant au plan médical qu'au plan logistique, afin d'amener chacun des 5 hôpitaux du réseau IRIS à l'équilibre financier à l'horizon 2000. En pratique le prêt aux Communes était conditionné à l'engagement de celles-ci à adopter des plans financiers et à conclure un pacte de restructuration avec les hôpitaux concernés comportant notamment la liquidation et un transfert d'actifs vers les nouvelles structures juridiques mises en place à partir de l'année 1996. Ce prêt du FRBRTC a été mis en créance irrécouvrable par la Région Bruxelles-Capitale en juin 1996, pour chacune des Communes bénéficiaires, avec la possibilité de revenir sur cet abandon de créance dans le cas où les Communes bénéficiaires ne respectent pas leurs plans financiers ou si elles ne prennent pas les mesures nécessaires pour revenir dans les normes qu'elles se sont fixées dans leur plans.
- (68) En 1999, le Gouvernement a confirmé la mise en créance irrécouvrable décidée en juin 1996 du prêt d'environ € 100 millions accordé aux Communes par le FRBRTC après avoir constaté qu'elles respectaient leurs plans financiers. Les hôpitaux publics, qui interviennent dans le respect de ces plans financiers en vertu de l'Article 109 LCH, ont contribué au respect de ces plans, les comptes de ces hôpitaux étant quasiment à l'équilibre au 31.12.1999 par rapport à un déficit cumulé de près de € 200 millions⁷² au 31.12.1995.

2.5. Comptabilité et transparence

2.5.1. Comptabilité

- (69) La LCH énonce également les obligations comptables, de contrôle par un réviseur d'entreprise et la communication de données⁷³, la surveillance et les dispositions pénales⁷⁴ auxquelles sont assujettis les hôpitaux rentrant dans le champ d'application de la LCH, qu'ils soient publics ou privés, de manière similaire.
- (70) Concernant la comptabilité hospitalière, en vertu des Articles 77 et suivants de la LCH, chaque établissement doit tenir une comptabilité distincte. Cette comptabilité fait apparaître le prix de revient de chaque service. En outre, en vertu de l'Article 78 de la LCH une grande partie de la loi du 17 juillet 1975 relative à la comptabilité aux comptes annuels des entreprises est applicable aux hôpitaux. Les établissements hospitaliers sont tenus de suivre le plan comptable minimum normalisé pour les hôpitaux, qui est régi par l'Arrêté Royal du 14 août 1987⁷⁵.
- (71) Le plan comptable précité exige que les charges et produits des hôpitaux fassent l'objet d'un enregistrement comptable en fonction, d'une part de leur nature (comptabilité générale classe 6 et 7 des comptes) et d'autre part des centres de frais qu'ils concernent (comptabilité de gestion). Chaque opération constituant une charge ou un produit doit

⁷¹ La consolidation des hôpitaux publics bruxellois a procédé notamment, le 1er juillet 1999, par une fusion qui réunit d'une part, le CH. J. Bracops, le CH. Molière Longchamp, le CH. Baron Lambert et le CH. Etterbeek-Ixelles, créant la nouvelle entité: "les Hôpitaux Iris Sud". D'autre part, le CHU Brugmann accueille le CH. New Paul Brien, appelé dès lors CHU Brugmann - Site de Schaerbeek.

⁷² Ce dernier montant a été estimé en 2001 par l'Inspection Régionale dans une note sur le sur le passif de liquidation des hôpitaux bruxellois pour la période 1989-1995, bien que les comptes définitifs des hôpitaux 1989-1995 n'étaient pas encore arrêtés.

⁷³ Articles 77 à 86ter LCH.

⁷⁴ Articles 115 à 119 LCH.

⁷⁵ A.R. du 14 août 1987 relatif au plan comptable minimum normalisé des hôpitaux publié au Moniteur Belge le 01.09.1987.

alors faire l'objet d'un codage composé de deux sous-ensembles de chiffres indiquant la nature de la charge ou produit et d'autre part le centre de frais auquel cette charge ou produit est afférent⁷⁶.

- (72) En outre, les comptes des hôpitaux doivent être rédigés selon le plan comptable qui prévoit l'identification très claire des activités non hospitalières au travers de codes spécifiques indiqués ci-dessous:

3. Centre de frais définitifs

3.3. Activités non hospitalières⁷⁷

900 à 909. Ambulance

910 à 919. Maison de repos et soins

920 à 929. Maison de repos

930 à 934. Ecoles infirmières

935 à 939. Locaux C.P.A.S.

940 à 949. Habitations protégées

950 à 959. Maison de soins psychiatriques

960 à 979. Autres activités non hospitalières

980 à 989. Charges non imputables aux services

990 à 999. Produits non-imputables aux services

- (73) Les activités susmentionnées étant identifiées comme ne correspondant pas à des missions de service public hospitalières, celles-ci ne sont pas éligibles aux financements prévus par la LCH ou à d'autres financements spécifiques réservés aux hôpitaux publics. En particulier, tel qu'indiqué au point 2.2.2.6. ces activités, clairement identifiables, ne bénéficient pas de la couverture des déficits des hôpitaux publics visée à l'Article 109 de la LCH.

2.5.2. Transparence

- (74) En matière d'aides d'Etat, la notion de transparence est régie par la Directive de la Commission relative aux relations financières entre les Etats membres et les entreprises publiques⁷⁸ (Directive Transparence). Cette Directive demande effectivement aux États membres une obligation de transparence d'une part dans les relations financières entre

⁷⁶ Article 3 de l'A.R. du 14 août 1987. On distingue les centres de frais définitifs suivants: 3.1 les services hospitaliers, 3.2. les services médico-techniques, et 3.3. les activités non-hospitalières.

⁷⁷ Sont également considérées comme activités non hospitalières les activités économiques incluant la vente de produits aux tiers (par exemple biberons), la location de télévision, la location d'auditoire, la mise à disposition d'espace et de leur exploitation commerciale (exemple: librairie, cafétéria, parking). Ces activités non-hospitalières comprennent également des activités non économiques en raison de leur caractère purement social tel que les locaux CPAS, l'école comme d'infirmières et la maison d'accueil des parents.

⁷⁸ JO L 195 du 29.07.1980, p. 35 Directive de la Commission 80/723/CEE du 25 juin 1980 relative à la transparence des relations financières entre les États membres et les entreprises publiques, telle que modifiée au cours de la période d'investigation, notamment par la Directive de la Commission 93/84/CEE (JO L 254, 12.10.1993, p. 16), la Directive de la Commission 2000/52/CE de la Commission du 26 juillet 2000 (JO L 193 du 29.07.2000, p. 75), la Directive de la Commission 2005/81/CE (JO L 312, 29.11.2005, p. 47) et abrogée par la Directive de la Commission 2006/111/CE du 16 Novembre 2006 (JO L 318 du 17.11.2006, p. 17).

les pouvoirs publics et les entreprises chargées de services d'intérêt économique général et d'autre la transparence vis-à-vis de la Commission.

- (75) Au cours de la période couverte par l'investigation de la Commission différentes Directives Transparence ont été d'application avec des exigences différentes en termes notamment de comptabilité séparée. à partir de la Directive 2000/52/CE qui est entrée en vigueur en 2002. En vertu de l'Article 6, paragraphe 2, de la Directive 2000/52/CE, entrée en vigueur en 2002, les Etats membres se voient imposer à partir de la date d'entrée en vigueur de la Directive, une obligation de maintenir à la disposition de la Commission toutes les données visées par ladite Directive, pendant une durée de 5 ans à compter de l'exercice annuel auquel elles se rapportent. Dans un souci de coopération loyale, et dans la mesure où les informations demandées étaient disponibles, les autorités belges ont fourni à la Commission des informations couvrant également la période antérieure à l'entrée en vigueur de ladite directive. Ces informations concernent non seulement les financements publics accordés aux hôpitaux publics visés par la plainte mais aussi les informations étayant le fait que l'obligation relative à la tenue d'une comptabilité séparée a été remplie pour l'ensemble de la période 1996 - 2007. Les autorités belges indiquent également que le principe de transparence établi par la directive du même nom n'impose pas la publication des informations relatives aux flux financiers entre les autorités publiques et les entreprises mais la conservation des documents y afférents pendant une durée de 5 ans.
- (76) Les autorités belges ajoutent que l'exigence de transparence est également remplie en ce qui concerne les actes juridiques nationaux et infranationaux⁷⁹ régissant les missions de service public hospitalières et non-hospitalières des H-IRIS, ces textes étant publiés ou mis à disposition du public intéressé.
- (77) Concernant la transparence des montants accordés aux hôpitaux dans le cadre de la LCH le budget global accordé aux hôpitaux est repris chaque année dans un arrêté qui fait l'objet d'une publication au Moniteur belge. La répartition par hôpital n'est pas publique. Cependant, conformément aux informations transmises par les autorités belges, les représentants du réseau IRIS ont été auditionnés plusieurs fois devant les parlementaires de la Communauté française et qu'ils ont dans ce cadre présenté la situation financière (chiffre d'affaires, résultat d'exploitation, etc.) des H-IRIS. Par ailleurs, les associations sans but lucratif (ASBL) gérant les hôpitaux sont assujetties à l'obligation de déposer leurs comptes auprès de la Banque Nationale de Belgique, or cette obligation n'aurait pas été respectée par les ASBL gérant les hôpitaux privés.

III. OBSERVATIONS DES AUTORITES BELGES

- (78) Les autorités belges considèrent que les financements mis en cause par les plaignants, à savoir d'une part l'allocation annuelle de € 10 millions accordée par la Région de Bruxelles-Capitale en faveur des Communes, et d'autres part les interventions du

⁷⁹ Pour rappel les missions régionales sont visées par les documents juridiques suivants :

- (i) L'accord de coopération conclu le 19 mai 1994 entre l'Etat fédéral, la Région de Bruxelles-Capitale et la Commission communautaire commune relatif à la politique hospitalière publié au Moniteur Belge le 27.05.1994;
- (ii) L'ordonnance du 13 février 2003 portant octroi de subventions spéciales aux communes de la Région de Bruxelles-Capitale, publiée au Moniteur belge le 5.05.2003 ;
- (iii) Les conventions conclues avec les CPAS : ces accords sous seing privé ne sont pas publiés mais ils peuvent être communiqués sur demande en vertu de l'ordonnance bruxelloise du 26 juin 1997 relative à la publication de l'administration qui s'applique à toute information, sous quelque forme que ce soit, dont une autorité administrative, y compris les CPAS, dispose.

FRBRTC couvrant le déficit et l'avance sur le déficit visés par l'Article 109 de la LCH, sont des financements affectés aux missions de service public des H-IRIS.

- (79) Concernant les € 100 millions accordés aux Communes par le FRBRTC en 1995 pour la restructuration des hôpitaux, les autorités indiquent entre autres choses que ce montant a bénéficié aux Communes⁸⁰ dont les CPAS étaient concernés par la liquidation des hôpitaux publics précédemment gérés directement par ceux-ci^{81 82}. En outre tel qu'exposé plus haut, elles considèrent que les municipalités ont respecté les plans financiers des pactes de restructuration et que les H-IRIS ont contribué à cet assainissement. Enfin, les autorités font valoir que ce financement a été accordé en 1995 et qu'il doit être partant sous le coup de la prescription et hors du champ de la présente procédure.
- (80) Par ailleurs, en sus des renseignements fournis, les autorités belges indiquent qu'elles considèrent que les mesures contestées ne constituent pas des aides d'Etat. A titre subsidiaire, les autorités précisent qu'au cas où la Commission considérerait ces financements comme des aides d'Etat au sens du Traité CE, elles estiment que ces aides remplissent les conditions posées par la Commission européenne dans sa décision du 28 novembre 2005 concernant l'application des dispositions de l'Article 86, paragraphe 2, du Traité CE aux aides d'Etat sous formes de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, et sont partant compatibles avec le marché commun.

3.1. Les mesures contestées ne sont pas des aides d'Etat

- (81) En référence à l'Article 87, paragraphe 1, du Traité CE, les autorités belges indiquent que les conditions énoncées dans l'article précité doivent être remplies de façon cumulative afin qu'une mesure puisse être qualifiée d'aide d'Etat. Elles précisent cependant qu'à leur sens les mesures sous rubrique ne remplissent aucune des conditions et ne sauraient dès lors être qualifiée d'aides d'Etat. En particulier, les autorités belges rappellent au passage qu'il incombe à la Commission de démontrer qu'une intervention publique fausserait la concurrence et affecterait les échanges entre les Etats membres⁸³. Les arguments des autorités belges sont résumés ci-dessous.

3.1.1. L'hôpital n'est pas une entreprise au sens du droit communautaire

- (82) La Cour de Justice des Communautés européennes a défini la notion d'entreprise comme étant *"toute entité exerçant une activité économique, indépendamment du statut juridique de cette entité et de son mode de financement"*⁸⁴.
- (83) Selon la jurisprudence, l'activité économique constitue *"toute activité consistant à offrir des biens ou des services sur un marché donné"*⁸⁵.

⁸⁰ Article 4 § 2 de l'Accord de coopération du 19 mai 1994.

⁸¹ Outre l'antériorité de l'aide, les autorités belges précisent que l'intervention du FRBRTC sous revue visait d'autres personnes juridiques que les hôpitaux publics du réseau IRIS créés en 1996.

⁸² Les € 100 millions ont été affectés aux déficits hospitaliers existant au 31.12.1995 et n'ont pas été affecté aux missions des nouveaux hôpitaux publics à partir du 1 janvier 1996.

⁸³ Arrêt du 22 février 2006, Le Levant 001 e.a. / Commission, aff. T-34/02, points 11, 123, 125, Rec. 2006, p. II-267.

⁸⁴ Arrêt du 23 avril 1991, Höfner et Elser, aff. C-41-90, Rec. 1991, p. I-1979, point 21.

⁸⁵ Arrêt du 16 juin 1987, Commission/Italie, aff. 118/85, Rec. 1987, p. 2599, point 7; et arrêt du 18 juin 1988, Commission / Italie, aff. C-35/96, Rec. 1988, p. I-3851, point 36.

(84) Les autorités belges relèvent que les soins de santé ne présentent pas un caractère économique ou commercial sur base de nombreux indices qui caractérisent ce secteur et notamment:

- (i) L'Article 10 du Code de déontologie médicale précise que "*l'Art médical ne peut en aucun cas ni d'aucune façon être pratiqué comme un commerce*".
- (ii) Les principes qui règlementent la fourniture de soins médicaux relèvent de l'aménagement des systèmes de sécurité sociale et non du droit de la concurrence car les intéressés n'ont pas le pouvoir de décider eux-mêmes du contenu, du type et de l'importance d'une prestation ainsi que de la contrepartie éventuelle y afférente. Par ailleurs la Cour de Justice des CE a reconnu à plusieurs occasions que le droit communautaire ne porte pas atteinte à la compétence des Etats membres d'aménager leurs systèmes de sécurité sociale⁸⁶.
- (iii) La jurisprudence européenne⁸⁷ stipule qu'il y a lieu de prendre en considération plusieurs éléments afin de déterminer si une activité est économique ou non: l'objet de l'activité, les règles qui lui sont applicables, la faculté éventuelle de l'entité d'influencer le niveau de la contrepartie exigée pour les prestations des services fournis, le principe de solidarité nationale et l'absence de tout but lucratif. A ce sujet, les autorités belges précisent que:
 - l'objet de l'activité concernée, i.e. les soins médicaux, les services d'urgence et les services auxiliaires directement liés aux activités principales sont des activités d'intérêt général, de nature non-économique, liées au droit fondamental à la santé. Ce droit à la santé est un droit fondamental reconnu tant dans par l'Article II-95 du Traité établissant une constitution pour l'Europe^{88 89} que par l'Article 23 de la Constitution belge.
 - D'après la sixième directive 77/388/CE du Conseil du 17 mai 1977⁹⁰, qui exonère de la T.V.A. certaines activités d'intérêt général dont, expressément cités "*l'hospitalisation et les soins médicaux ainsi que les opérations qui leur sont étroitement liées, assurés par les organismes de droit public ou, dans des conditions sociales comparables à celles qui valent pour ces derniers, par des établissements hospitaliers et centres de soins médicaux et de diagnostics et d'autres établissements de même nature dûment reconnus*".
 - Les hôpitaux remplissent une fonction à caractère exclusivement social fondé sur le principe de la solidarité nationale et dépourvu de tout but lucratif⁹¹. Elles sont d'avis que les soins médicaux, les services d'urgence et les services auxiliaires à ces activités qui constituent les activités principales des hôpitaux ne constituent

⁸⁶ Arrêt du 17 février 1991, Duphar e.a., aff. 238/82, Rec. 1991, p. 523, point 16; arrêt du 17 juin 1997, Sodemar e.a., aff. C-70/95, Rec. 1997, p. I-3395, point 27; et arrêt du 28 avril 1998, Khol, aff. C-120/95, Rec. 1998, p. I-1831, point 17.

⁸⁷ Arrêt du 17 février 1993, Poucet et Pistre, aff. C-159/91 et aff. C-160/91, Rec. 1998, p. I-637, point 18, et les conclusions de l'Avocat Général Cosmas dans l'affaire C-35/96, Rec. 1998, p. I-3851, point 51.

⁸⁸ JO C 310 du 16.12.2004.

⁸⁹ Les autorités belges font également référence au rapport de la Commission de l'emploi et des affaires sociales du Parlement européen intitulé "Rapport sur la modernisation de la protection sociale et le développement de soins de santé", 6 avril 2005, Final A6-0085/2005, p.4, selon lequel "*la garantie d'avoir accès aux soins de santé en cas de besoin est une condition indispensable à l'insertion réussie de l'individu dans la société, à toutes les étapes et dans toutes les situations de la vie*".

⁹⁰ Sixième directive 77/388/CEE du Conseil, du 17 mai 1977, en matière d'harmonisation des législations des États membres relatives aux taxes sur le chiffre d'affaires - Système commun de taxe sur la valeur ajoutée: assiette uniforme, JO L 145 du 13.6.1977, p. 1-40.

⁹¹ Arrêt du 17 février 1993, Poucet et Pistre, précité, point 18.

pas des activités économiques devant être soumises aux règles communautaires du droit de la concurrence⁹².

- Au demeurant, dans la ligne des conclusions de l'Avocat Général Saggio dans l'Affaire Abdon Vanbraekel⁹³, les autorités belges indiquent que dans la mesure où la Belgique qui établit son système de santé national n'entend pas s'engager dans des activités rémunérées mais accomplit sa mission dans le domaine social et que ce système est en règle générale financé par le budget public, *"il s'ensuit qu'il y a lieu de soustraire à l'application des dispositions relatives à la libre circulation les prestations qui d'une part, font partie intégrante du système de santé publique, en tant qu'elles sont établies et organisées par l'Etat, et qui, d'autre part, sont financées au moyen de fonds publics"*⁹⁴.
- (iv) les règles applicables en la matière sont spécifiques, elles encadrent les prestations des hôpitaux et leur financement de manière précise et font partie intégrante du système de santé publique. Ces règles sont telles que les hôpitaux n'ont pas pour objet de se comporter comme des entreprises au sens du droit communautaire et ne sont pas en mesure de le faire en raison des contraintes légales et des règles de financement intégrées dans le système de santé national.
- (v) les règles applicables, la situation propre des hôpitaux H-IRIS ainsi que le type de patients qui les fréquentent sont tels qu'ils sont dans l'incapacité de répercuter auprès de leurs patients une augmentation éventuelle de la contrepartie exigée pour les prestations qui leurs sont dispensées. Cette contrepartie ne peut par ailleurs être considérée comme une rémunération d'un service, qui est définie en droit européen comme *"la contrepartie de la prestation en cause, contrepartie qui est normalement définie entre le fournisseur et le destinataire du service"*⁹⁵. De plus, le faible montant des paiements effectués par les patients pour les services dont ils bénéficient est très faible et non proportionnel aux coûts liés aux prestations. Partant, les autorités belges considèrent, à l'instar des conclusions de l'Avocat Général Saggio dans l'affaire précitée, que les prestations de soins de santé fournies en Belgique ne font pas l'objet d'une rémunération, caractéristique essentielle d'une activité économique, car elles sont financées par des fonds publics.
- (vi) Le financement des hôpitaux, publics comme privés, dépend du budget national des soins de santé et repose par conséquent sur le principe de solidarité⁹⁶. A cet effet, les autorités belges rappellent que les hôpitaux publics H-IRIS ne sont pas organisés sous la forme de sociétés commerciales mais bien sous la forme d'associations de droit public fondées sur base du chapitre XII de la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS.
- (vii) Les éventuelles activités économiques prestées au sein des hôpitaux publics H-IRIS revêtent non seulement un caractère marginal, mais elles sont de plus clairement identifiées dans le plan comptable des hôpitaux concernés et ne bénéficient en aucun

⁹² Les autorités belges indiquent que selon elles cette position est également partagée par les institutions européennes tel qu'attesté par l'exclusion des services s'agissant de la santé, de la sécurité sociale et des services sociaux de la proposition de directive du Parlement et du Conseil relative aux services dans le marché intérieur, (Comm. 2004) 0002-C6-0069/2004 – 2004/0001 (COD), p. 11.

⁹³ Conclusions de l'avocat général M. Antonio Saggio présentées le 18 mai 2000; arrêt du 12 juillet 2001, aff. C-368/98, Abdon Vanbraekel e.a. contre Alliance nationale des mutualités chrétiennes (ANMC), Rec. 2001, p.I-5363.

⁹⁴ Conclusions de l'Avocat Général Saggio présentées le 18 mai 2000, C-368/98, rec., p. I-5363, point 21.

⁹⁵ Conclusions de l'Avocat Général M. Damaso Ruiz-Jarabo Colomer présentées le 18 mai 2000, B.S.M. Geraerts-Smits, aff. C-157/99, Rec.2000, I-5473.

⁹⁶ Arrêt de la Cour du 17 février 1993, Poucet et Pistre, précité.

cas de financement public que ce soit dans le cadre du financement général des hôpitaux organisé par la LCH ou des financements accordés aux hôpitaux publics pour la prestations de missions de services publics spécifiques.

3.1.2. Absence d'avantage économique pour les hôpitaux

- (85) Les autorités belges considèrent que la compensation accordée par un Etat pour des missions de service public ne constitue pas une aide d'Etat au sens du Traité CE, sur la base de la jurisprudence *Altmark*⁹⁷, et qu'en l'espèce, les financements contestés constituent bien la contrepartie de services rendus par les hôpitaux publics concernés à leurs patients défavorisés.
- (86) Les autorités indiquent que la Commission doit déterminer le bénéficiaire éventuel d'une aide d'Etat en vérifiant qui en a eu la jouissance effective⁹⁸. En l'espèce elles précisent que les financements publics en cause ne constituent pas une aide en faveur des hôpitaux H-IRIS mais bien une aide aux personnes qui bénéficient ainsi de soins ou des services sociaux gratuits en raison de leur situation de précarité. Au sujet des mesures sociales, les autorités belges font état du fait que la Commission a reconnu, à plusieurs reprises, que des mesures sociales ne constituaient pas des aides d'Etat⁹⁹. Les financements spécifiques accordés aux hôpitaux publics visent exclusivement à prendre en charge les prestations fournies aux patients défavorisés, l'avantage financier bénéficiant donc uniquement aux indigents afin de garantir l'objectif essentiel de la protection de la santé, reconnu tant au niveau de l'Union européenne que de la Belgique dans sa Constitution.

3.1.3. Absence de distorsion de la concurrence

- (87) Les autorités belges rappellent que tous les hôpitaux, publics et privés bénéficient du même financement général tel que prévu par LCH. Elles précisent qu'elles considèrent que les financements spécifiques réservés aux hôpitaux publics du réseau IRIS n'entraînent pas de distorsion de concurrence dans la mesure où ils visent à financer des prestations supplémentaires, en faveur des patients défavorisés, qui ne doivent pas être pris en charge par les hôpitaux privés, ces derniers n'étant sous le coup d'aucune obligation légale les y contraignant.
- (88) En revanche, les H-IRIS sont dans l'obligation de soigner tout patient se présentant à eux. De fait la plupart des H-IRIS entrent dans les 10 premiers hôpitaux qui ont des patients défavorisés¹⁰⁰. Par conséquent, dans la mesure où les financements mis en cause visent à compenser des coûts qui ne sont pas exposés par les hôpitaux privés ou exposés de manière substantiellement inférieure, les hôpitaux ne sont dès lors pas désavantagés.
- (89) Les autorités postulent donc qu'il n'y a pas de distorsion de concurrence au sens de l'Article 87, paragraphe 1, du traité CE.

⁹⁷ Arrêt du 24 juillet 2003, *Altmark Trans*, C-280/00, Rec. 2003, p. I-7747.

⁹⁸ Arrêt du 21 mars 1991, *Italie/Commission*, aff. C-303/88, Rec. 1991, p. I-1433, point 57.

⁹⁹ Communication de la Commission adressée aux autres Etats membres et autres intéressés, conformément à l'Article 93, paragraphe 2, du Traité, concernant des aides que les autorités françaises ont décidé d'adopter dans le secteur de la pêche, Aide d'Etat n°. C 57/94 (ex-N 183/94), JO C 46 du 14.02.1997, p. 3.

¹⁰⁰ En effet, selon les autorités belges, l'hôpital Saint-Pierre à Bruxelles est classé en première position, vient ensuite en troisième position, le C.H.U. Brugmann et en septième position H.I.S.-Iris Sud.

3.1.4. Absence d'affectation des échanges intra-communautaires

- (90) Eu égard à la structure du secteur et au caractère local des services prestés, notamment aux indigents, par les hôpitaux publics sous revue, les autorités belges sont d'avis que les financements en cause n'ont aucun effet néfaste sur le commerce entre Etats membres.
- (91) A cet effet les autorités insistent sur le fait que les mesures en cause ne visent qu'à financer les prestations de soins à une clientèle défavorisée, et qu'à l'instar de la position adoptée dans la décision aide d'Etat N 543/2001¹⁰¹, concernant des soutiens publics en faveur de certains hôpitaux en Irlande, la Commission doit conclure que les mesures en cause ne sont pas susceptibles d'affecter les échanges entre les Etats membres.

3.2. Les Services d'intérêt économique général

- (92) Au cas où la Commission venait à considérer que les financements en faveur des H-IRIS visés par la plainte constituent des aides d'Etat au sens du Traité CE, les autorités belges considèrent que ces financements remplissent les conditions posées par la Commission européenne dans sa décision du 28 novembre 2005 concernant l'application des dispositions de l'Article 86, paragraphe 2, du Traité CE aux aides d'Etat sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de service d'intérêt économique général (SIEG)¹⁰².
- (93) En particulier les autorités belges considèrent que les financements sous revue sont bien accordés en contrepartie de la prestation de services définis comme SIEG par l'Etat membre et bénéficient de l'exemption de l'obligation de notification¹⁰³. En outre, elles considèrent que ces financements remplissent les conditions énoncées à l'Article 4 de la décision précitée relatif à la compatibilité de ces compensations.
- (94) En effet, les autorités font valoir que les dispositions législatives, réglementaires et conventionnelles applicables aux mesures en cause remplissent toutes les conditions¹⁰⁴ dictées à par l'Article 4 de la décision précitée à savoir:
- (i) la nature et la durée des obligations de service public;
 - (ii) les entreprises et les territoires concernés;
 - (iii) la nature des droits exclusifs ou spéciaux éventuels octroyés à l'entreprise;
 - (iv) les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation;
 - (v) les modalités de remboursement des éventuelles surcompensations et des moyens d'éviter ces surcompensations.

IV. OBSERVATIONS DES PLAIGNANTS

- (95) Pour leur part, les plaignants considèrent notamment qu'il n'y aurait pas de mission de service public propre aux H-IRIS, et que les seules missions existantes sont celles imparties indistinctement à tous les hôpitaux, quelque soit leur personnalité juridique de

¹⁰¹ JO C 154 du 28.06.2002, p.4.

¹⁰² JO L 312 du 29 novembre 2005, p. 67-73.

¹⁰³ Idem p. 69 point 16.

¹⁰⁴ Les autorités belges indiquent également que bien que les conditions iii, iv et v ne sont d'application qu'à compter du 29 novembre 2006 en vertu de l'Article 10 de la décision en objet, ces conditions étaient déjà remplies avant l'entrée en vigueur de la décision introduisant ces exigences.

droit public ou privé, par la LCH. Ils réfutent donc l'existence des missions de service public sociales déléguées par les CPAS aux H-IRIS faisant l'objet du financement annuel de € 10 millions qu'ils considèrent comme une aide d'Etat illégale et a fortiori incompatible. De plus, les plaignants affirment que les H-IRIS ont bénéficié de financements régionaux par le biais du FRBRTC lesquels seraient accordés en l'absence de critères, ou à défaut sur base de critères vagues, et qui ne permettraient aucun contrôle efficace visant entre autre à établir si ces financements ne vont au-delà du montant des déficits compensables par les pouvoirs publics sur base de l'Article 109 LCH.

- (96) Les plaignants considèrent que les financements reçus par les H-IRIS constituent des aides d'Etat en raison du fait que ces financements concernent des activités économiques, qu'ils entraînent une distorsion de concurrence et qu'ils affectent les échanges intra-communautaires.
- (97) Selon les plaignants, les services hospitaliers exercés par tout hôpital sont des activités économiques, les obligations de service public, la mission de nature sociale et l'absence de but lucratif des hôpitaux n'ayant pas d'incidence sur cette qualification. Les plaignants considèrent plus particulièrement que tout hôpital, public ou privé, offre des services de santé contre rémunération, indifféremment que celle-ci soit à la charge du patient, de son organisme payeur ou des budgets publics. Les plaignants font par ailleurs référence à plusieurs arrêts des instances communautaires, parmi lesquels l'arrêt rendu par la Cour dans l'affaire *Ambulanz Glockner*¹⁰⁵, au titre duquel, en matière de services de transport des malades, la Cour a confirmé qu'il s'agissait d'une activité économique, en soulignant notamment que "*des obligations de service public peuvent rendre les services fournis par une organisation sanitaire donnée moins compétitifs que des services comparables effectués par d'autres opérateurs économiques non liés par de telles obligations; cette circonstance ne saurait toutefois empêcher que les activités en cause soient considérées comme des activités économiques*".
- (98) Partant, les plaignants considèrent que les financements mentionnés constituent des aides d'Etat au sens de l'Article 87, paragraphe 1, du Traité, lesquels ne peuvent bénéficier d'aucune dérogation de compatibilité prévue par le Traité et sont partant incompatibles avec le Traité CE. Eu égard à l'absence de notification de ces aides incompatibles, ils demandent que ces aides soient restituées par les H-IRIS.

V. APPRECIATION

- (99) A titre liminaire, la Commission relève que les plaignants ne mettent pas en cause tous les financements publics accordés à tous les hôpitaux publics comme privés, tels que, à titre d'exemple, les compensations pour la réalisation des missions de service public hospitalières imparties par la LCH¹⁰⁶. Ils ne contestent qu'une partie des financements publics reçus par les H-IRIS.

¹⁰⁵ Arrêt du 25 octobre 2001, *Firma Ambulanz Glöckner contre Landkreis Südwestpfalz*, aff. C-475/99, Rec. 2001, p. I-8089.

¹⁰⁶ Voir point 2.2.2. de la présente décision, qui détaille l'ensemble de types de financement dont peuvent bénéficier les hôpitaux et qui couvrent les coûts qui doivent nécessairement être encourus pour le bon fonctionnement des SIEG.

- (100) Toutefois, attendu que les autorités belges ont indiqué que les financements reçus par les H-IRIS le sont au titre des missions de services publics qu'ils présentent, et compte-tenu des prescriptions de l'Arrêt Deutsche Post AG¹⁰⁷ la Commission doit vérifier que l'ensemble des financements publics reçus par les H-IRIS pour la réalisation desdites obligations n'excède par leurs coûts nets.
- (101) La Commission examinera dans la présente décision tous les financements reçus par les H-IRIS au titre de la réalisation de leurs missions de service publics, y compris ceux contestés par les plaignants.
- (102) Les mesures de compensation concernées par le présent examen peuvent se résumer comme suit:
- L'ensemble des compensations couvrant les coûts nécessaires à la prestation des missions de service public hospitalières au titre de la LCH et bon fonctionnement des SIEG hospitaliers – *i.e.* les compensations décrites au point 2.2.2. de la présente décision;
 - la compensation des déficits hospitaliers ex Article 109 LCH;
 - l'aide octroyée pour la restructuration des hôpitaux publics bruxellois en 1995;
 - les compensations des missions de service public non-hospitalières.

5.1. Existence d'une aide d'état au sens de l'Article 87, paragraphe 1, du traité

- (103) L'Article 87, paragraphe 1, du Traité, dispose que "*Sauf dérogations prévues par le présent traité, sont incompatibles avec le marché commun, 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*".
- (104) La qualification d'une mesure nationale en tant qu'aide d'État requiert que les conditions cumulatives suivantes soient remplies: (i) la mesure en question favorise une entreprise ou une production; (ii) la mesure en question est accordée par l'Etat ou au moyen de ressources d'Etat; (iii) la mesure en question confère un avantage économique sélectif aux bénéficiaires visés et elle fausse ou menace de fausser la concurrence; et (iv) et elle est susceptible d'affecter les échanges entre États membres¹⁰⁸.
- (105) Il convient donc d'exposer ci-dessous l'analyse des raisons permettant de vérifier si les mesures en objet remplissent toutes les conditions cumulatives exposées ci-dessus.

5.1.1. Mesure favorisant une entreprise au sens du droit communautaire

- (106) Afin de relever du champ d'application de l'Article 87, paragraphe 1, du Traité CE, la mesure doit aider une entreprise, au sens du droit communautaire, c'est-à-dire une entité engagée dans une activité économique, qui ait des concurrents commerciaux.

¹⁰⁷ Arrêt du 1 juillet 2008, T-266/02 – Deutsche Post AG (DPAG) / Commission, Rec.2008, p. II-1233.

¹⁰⁸ Voir par exemple, arrêt du 10 janvier 2006, Ministero dell'Economia e delle Finanze/Cassa di Risparmio di Firenze, aff. C-222/04, Rec. 2006, p. I-289, point 129.

(107) La Commission rappelle que, selon une jurisprudence constante¹⁰⁹, d'une part, la notion d'entreprise comprend toute entité exerçant une activité économique, indépendamment du statut juridique de cette entité ou de son mode de financement¹¹⁰ et, d'autre part, que constitue une activité économique toute activité consistant à offrir des biens et/ou des services sur un marché donné¹¹¹. Par ailleurs, le seul fait qu'une entité ne poursuit pas un but lucratif ne signifie pas nécessairement que les activités qu'elle exerce ne sont pas de nature économique¹¹². Une association sans but lucratif ou une organisation caritative exerçant une activité économique constituera une "entreprise", mais seulement pour la partie de l'activité qui est économique. Les règles de concurrence ne s'appliqueront pas à leurs activités non économiques.

(108) La jurisprudence communautaire et la pratique décisionnelle de la Commission reconnaissent l'existence d'activités purement sociales non économiques, d'activités purement économiques, ainsi que d'activités à vocation sociale présentant néanmoins une nature économique. Dans le cas d'espèce, les H-IRIS prestent des missions de service public hospitalières et non-hospitalières présentant un caractère social, mais revêtant néanmoins une nature économique pour les raisons exposées ci-après. En effet, la jurisprudence communautaire précise que:

- Bien que pour l'essentiel, les services de santé soient quasi-gratuits, n'étant rémunérés par l'utilisateur qu'à un très faible niveau, on ne saurait cependant exclure qu'un tel service public puisse également être fourni contre rémunération par un opérateur privé, sans que le fait que ce service soit fourni sur un marché concurrentiel exclue pour autant sa qualification de service social.
- En matière de services de santé, les activités des organisations sanitaires fournissant des services, moyennant rétribution des utilisateurs, notamment sur le marché du transport d'urgence et du transport de malades, doivent être considérées comme des activités économiques, de telles entités étant qualifiées d'entreprises au sens des règles communautaires de concurrence¹¹³. Pour conforter son analyse du caractère économique de ces activités, dans sa jurisprudence la Cour s'est appuyée sur les caractéristiques du marché des soins de santé concerné, en soulignant que les activités en cause n'avaient pas toujours été et n'étaient pas nécessairement exercées par de telles organisations ou par des autorités publiques. Par ailleurs, la circonstance que de telles entités aient à leur charge des obligations de service public pouvant rendre les services fournis par eux moins compétitifs que des services comparables effectués par d'autres opérateurs non liés par de telles obligations, ne saurait cependant empêcher que les activités en cause soient considérées comme des activités économiques¹¹⁴.

¹⁰⁹ La jurisprudence sur la notion d'entreprise a été au départ développée dans le contexte des pratiques anticoncurrentielles et reprise par la suite dans le domaine des aides d'Etat – voir, en ce sens, l'arrêt du 23 mars 2006, Enirisorse, aff. C-237/04, Rec.2006, p. I-2843, point 29.

¹¹⁰ Arrêt du 23 avril 1991 Höfner et Fritz Elser c/ Macrotron GmbH, aff. C-41/90, Rec. 1991, p. I-1979, point 21; arrêt du 12 septembre 2000 Pavlov e.a., aff. jointes C-180/98 à C-184/98, Rec. 2000, p. I-6451.

¹¹¹ Arrêt du 16 juin 1987, Commission c/ Italie, aff. 118/85, Rec. 1987, p. 2599, pt 7; arrêt du 18 juin 1998 Commission c/ Italie, aff. C-35/96, Rec. 1998, p. I-3851, pt 36; arrêt du 25 octobre 2001, Ambulanz Glöckner, précité; arrêt du 24 octobre 2002, Aéroports de Paris c. Commission, aff. C-82/01, Rec. 2002, p. I-9297; arrêt du 12 septembre 2000 Pavlov e.a. précité.

¹¹² Arrêt du 29 octobre 1980, Van Landewyck, aff. jointes 209/78, 215/78 et 218/79, Rec. 1980, p. 3125 et arrêt du 16 novembre 1995, FFSA e.a., aff. C-244/94, Rec. 1995, p. I-4013.

¹¹³ Arrêt du 25 octobre 2001 Firma Ambulanz Glöckner, précité, point 20.

¹¹⁴ Idem, point 21.

- La prestation de services médicaux dispensés dans un cadre hospitalier ou en dehors de ce cadre est une activité économique¹¹⁵. La Commission souligne par ailleurs que dans sa jurisprudence la Cour n'a pas retenu les arguments soutenus par plusieurs gouvernements à l'époque, tenant au fait que les services hospitaliers, lorsqu'ils sont dispensés gratuitement en nature dans une infrastructure hospitalière en vertu d'un régime d'assurance maladie ne constituaient pas une activité économique¹¹⁶. La Cour avait considéré en fait que "*la circonstance qu'un traitement médical hospitalier est financé directement par les caisses d'assurance maladie sur la base de conventions et de tarifs préétablis n'est pas de nature à le soustraire du domaine des services*" et que les paiements faits par les caisses de maladie en l'espèce, "*même s'ils sont forfaitaires, constituent bien la contrepartie économique des prestations hospitalières et présentent donc un caractère rémunérateur dans le chef de l'établissement hospitalier qui en bénéficie et qui est engagé dans une activité de type économique*", en ajoutant qu'il n'est pas nécessaire que la rémunération soit payée par ceux qui bénéficient de la prestation.

(109) En l'espèce, les activités principales des H-IRIS sont des activités hospitalières consistant dans la prestation de soins de santé médicaux, de services d'urgence et de services auxiliaires directement liés¹¹⁷. Ces activités hospitalières prestées par les H-IRIS sont également fournies par d'autres types d'organismes ou entités, parmi lesquels des cliniques, des hôpitaux privés et d'autres centres spécialisés, dont les hôpitaux privés plaignants. Dès lors, ces activités hospitalières prestées par les H-IRIS doivent être considérées comme économiques. Sur base des arguments développées par la jurisprudence et rappelés ci-dessus, les financements que peuvent recevoir les H-IRIS par le biais de diverses allocations des autorités publiques centrales ou locales peuvent être analysés comme constituant la contrepartie économique des prestations hospitalières fournies, au même titre que les financements accordés par le biais des caisses maladies et autres organismes publics octroyant des fonds de manière similaire¹¹⁸. Tel que mentionné par la Cour, le fait que par ailleurs le montant des paiements faits par les patients soit nul ou faible ne saurait altérer cette analyse.

(110) En outre, au sens de la jurisprudence, les éléments de solidarité sous-tendants le système national de santé belge ne remettent pas en cause le caractère économique de ces activités hospitalières. En effet, il est rappelé que le TPI a retenu dans sa jurisprudence qu'un système national de santé, géré par les ministères et autres entités fonctionnait "*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*", pour conclure que les organismes de gestion en cause n'agissaient pas en tant qu'entreprises dans leur activité de gestion du système national de santé.¹¹⁹ Cependant, dans les arrêts Fédération

¹¹⁵ Arrêt du 12 juillet 2001, Smits (épouse Geraets) et Peerbooms, aff. C-157/99, Rec. 2001, p. I-5473, point 53, arrêt du 31 janvier 1984, Luisi et Carbone, aff. jointes 286/82 et 26/83, Rec. 1984, p. 377, point 16; arrêt du 4 octobre 1991, Society for the Protection of unborn children (IVG), aff. C-159/90, Rec. 1999, p. I-4685, point 18; arrêt du 12 juillet 2001, Abdon Vanbraekel, aff. C-368/98, Rec. 2001, p. I-5363, point 43; arrêt du 11 juillet 2007, Asklepios Kliniken, aff. T-167/04, Rec. 2007, p. II-2379, points 49-55.

¹¹⁶ Arrêt du 12 juillet 2001, Smits et Peerbooms, aff. C-157/99, précité, point 58.

¹¹⁷ Ces activités correspondent aux missions de service public hospitalières des H-IRIS, tant générales que spécifiques. Pour plus de détails sur la définition et l'organisation de ces missions, voir l'analyse le mandatement d'une véritable mission de service public au titre de l'arrêt Altmark – point 5.2.1 de la présente décision.

¹¹⁸ Cela est par ailleurs conforté par le fait qu'en Belgique la sécurité sociale est payée aux patients et aux hôpitaux par des organismes mutualistes.

¹¹⁹ Arrêt du 4 mars 2003 Federación Nacional de Empresas de Instrumentación Científica, Médica, Técnica y Dental (FENIN), aff. T-319/99, Rec. 2003, p. II-357. Dans l'exposé du raisonnement retenu, le TPI avait rappelé l'arrêt

française des sociétés d'assurances e.a.¹²⁰ et Albany¹²¹ la Cour a réaffirmé l'approche adoptée dans son arrêt Poucet et Pistre¹²², tout en s'appuyant sur le moindre degré de solidarité existant dans le fonctionnement des régimes en cause, en soulignant que la poursuite du principe de solidarité n'est pas déterminante en toutes circonstances, pour considérer que les entités concernées dans ces affaires étaient des entreprises. Partant, la Commission considère qu'il y a lieu à différencier entre l'activité de gestion du système national de santé, exercée par des organismes publics mettant en œuvre à cet effet des prérogatives d'autorité publique, de l'activité de prestation de soins hospitaliers, qui présente un caractère économique, même si son coût est partiellement ou totalement pris en charge par les pouvoirs publics. En effet, concernant les éléments de solidarité présents dans le cas d'espèce, on note que, bien qu'ils soient essentiels à la fourniture des soins de santé, les hôpitaux privés prestent le même type d'activité hospitalière, même si pas totalement identiques; dès lors les éléments de solidarité invoqués par les autorités de l'Etat membre ne sauraient altérer le caractère économique de l'activité.

- (111) En dehors de leurs activités hospitalières, les H-IRIS exercent également d'autres activités non-hospitalières à caractère social, visant à accorder aux patients et à leurs proches, selon leurs besoins, une aide socio-matérielle, socio-administrative ou psychosociale en complément de l'aide médicale¹²³. La spécificité de ces activités requiert que les opérateurs susceptibles de les exercer dispose de moyens spécifiques, tant au niveau de l'organisation de l'activité, de la spécialisation du personnel, et de la mise en place d'infrastructures spécifiques (bureaux d'accueil, et autres). Malgré la nature sociale des services faisant l'objet de ces activités, tel que la Cour a retenu dans sa jurisprudence¹²⁴, la finalité purement sociale d'un régime au titre duquel un organisme se voit attribué des fonctions spécifiques, n'est pas en soi suffisante pour exclure que l'activité de cet organisme soit qualifiée d'activité économique. Le fait qu'il n'y ait pas de rémunération spécifique de la part des patients pour les services en cause n'est pas de nature à exclure la nature économique de ces activités. Toutefois, bien que l'existence d'un marché concurrentiel sur lequel ces activités pourraient être éventuellement offertes, qui est un critère essentiel de l'appréciation de la nature économique d'une activité, ne puisse être totalement exclue dans le cas d'espèce, cela semble peu vraisemblable eu regard au contexte réglementaire encadrant la provision de ces services en Belgique. Cependant,

Poucet et Pistre (aff. C-159/91 et C-160/91), lors duquel la Cour s'est appuyée, pour fonder sa conclusion selon laquelle les organismes qui géraient les caisses de maladie en cause dans cette affaire n'exerçaient pas une activité économique et que, dès lors, ils ne constituaient pas des entreprises au sens des articles 81 et 82 du Traité, sur le fait qu'ils remplissaient une fonction de caractère exclusivement social, que cette activité était fondée sur le principe de solidarité nationale et, enfin, que ladite activité était dépourvue de tout but lucratif, les prestations versées étant prévues par la loi et indépendantes du montant des cotisations.

¹²⁰ Arrêt du 16 novembre 1995, Fédération française des sociétés d'assurances e.a., aff. C-244/94, Rec. 1995 p. I-4013, I-4015, points 15 et 16. Dans l'arrêt Fédération française des sociétés d'assurances e.a, la Cour, ayant distingué dans cette affaire le cas d'espèce de celui qui avait fait l'objet de l'arrêt Poucet et Pistre, a souligné que la poursuite du principe de solidarité n'est pas déterminante en toutes circonstances et que, dans le cas d'espèce, l'entité en cause exerçait bien une activité économique (point 20 de l'arrêt).

¹²¹ Arrêt du 21 septembre 1999, Albany, aff. C-67/96, Rec. 1999, p. I-5751, point 78.

¹²² Arrêt du 17 février 1993, Poucet et Pistre, aff. C-159/91 et C-160/91, Rec. 1993, p. I-637.

¹²³ Ces activités correspondent aux missions de service public sociales déléguées par les CPAS. Ces missions, consistant à fournir une aide sociale individuelle, accompagnant l'aide médicale, en faveur des patients sur respect de certains critères objectifs d'éligibilité des patients (tenant notamment à leur situation sociale), relèvent de la compétence des CPAS, conformément aux dispositions de la loi organique des CPAS et de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours par les CPAS. Pour plus de détails sur la définition et l'organisation de ces missions, voir l'analyse le mandatement d'une véritable mission de service public au titre de l'arrêt Altmark – point 5.2.1 de la présente décision.

¹²⁴ Voir en ce sens, l'arrêt du 22 mai 2003, Freskot AE contre Elliniko Dimosio (aff. ELGA), aff. C-355/00, Rec. 2003, p. I-5263. Dans cette affaire, la Cour avait notamment retenu le fait que les prestations et la contribution à la base du régime d'assurance obligatoire en cause étaient établies en détail par le législateur national.

la poursuite d'une analyse détaillée de la qualification économique des activités correspondant aux missions de service public non-hospitalières à caractère social sous revue n'est pas nécessaire compte tenu du fait que, la Commission considère qu'à la lumière de l'analyse exposée ci-après, quand-bien même ces activités étaient considérées comme économiques, les subventions correspondantes seraient réputées comme des aides d'Etat compatibles avec le marché commun.

- (112) Par ailleurs, la Commission note que la particularité des hôpitaux publics bruxellois concernant le déroulement de leurs activités dans un cadre de bilinguisme est directement et indissolublement liée à la prestation de leurs activités hospitalières et non-hospitalières, dont le caractère économique a été établi ci-dessus. Malgré le fait que la prestation des activités dans un régime bilingue ne fait pas l'objet d'une rémunération par les patients, et ne poursuit pas un but lucratif, ce qui conforterait la qualification de ces prestations bilingues comme non-économiques, vu le lien indissoluble avec les activités hospitalières et non-hospitalières prestées, on ne saurait cependant distinguer un régime séparé correspondant au bilinguisme, son régime devant être assimilé à celui des activités hospitalières ou non-hospitalières auxquelles il se rapporte. Partant, le caractère économique éventuel de la mission de bilinguisme dépend de l'activité à laquelle elle se rapporte tel qu'exposé plus haut.. La Commission note entre autre que cette particularité répond aux besoins essentiels d'accessibilité et transparence de tout service, médical ou non-médical, fourni aux patients, en raison de la spécificité linguistique de la Région Bruxelles-Capitale et de l'obligation de bilinguisme imposée légalement aux organismes publics parmi lesquels on compte également les H-IRIS tel qu'exposé au point 2.3.2.1. ci-dessus.
- (113) Tel que décrit plus haut, les H-IRIS exercent également, dans une faible proportion, des activités non-hospitalières de nature commerciales, cela concerne notamment le service d'ambulance, les maisons de repos et soins, les écoles infirmières, l'accueil des locaux C.P.A.S., les habitations protégées, les maisons de soins psychiatriques. Le caractère économique de ces activités n'est pas contesté par les autorités belges et ne saurait être mis en question au regard des arguments découlant de la jurisprudence communautaire présentés plus haut.

5.1.2. Mesure imputable à l'Etat, utilisant des ressources d'Etat

- (114) Pour que la mesure soit constitutive d'une aide d'Etat au sens du droit communautaire, elle doit être accordée par l'Etat ou au moyen des ressources d'Etat. De telles ressources peuvent inclure des fonds publics gérés par l'Etat Membre, au niveau central, régional ou local, ou par d'autres organismes privés ou publics désignés ou contrôlés par l'Etat.
- (115) Les missions de service public prestées par les H-IRIS, hospitalières ou non-hospitalières pareillement, sont définies et déléguées par les pouvoirs publics, au niveau central ou local, selon le cas. De la même manière, ces différentes missions de service public sont financées par des ressources accordées par les pouvoirs publics selon leurs compétences respectives.
- (116) Comme il a déjà été indiqué plus haut, les missions de service public hospitalières déléguées au niveau fédéral sont financées, en faveur de tout hôpital public ou privé, par la compensation des frais d'exploitation par le budget des moyens financiers (BMF) accordé par l'Etat, par des montants reçus de l'assurance maladie invalidité, par la rétrocession de tout ou partie des honoraires des médecins hospitaliers, ainsi que par

d'autres indemnités et subsides à l'investissement accordées par l'Etat ou les pouvoirs publics infranationaux. Par ailleurs, les hôpitaux publics, incluant les H-IRIS, peuvent recevoir un financement public, accordé par les Communes compétentes, destiné à couvrir leurs déficits découlant de la réalisation des missions de service public hospitalières (financement *ex* Article 109 de la LCH).

- (117) Par ailleurs, l'aide à la restructuration accordée en 1995 par la Région Bruxelles-Capitale en faveur des communes, afin de leur permettre de restructurer les hôpitaux publics relevant de leur juridiction a été accordée par le biais du FRBRTC, qui est un fonds créé par les pouvoirs publics régionaux avec des ressources publiques et sous le contrôle des pouvoirs publics.
- (118) Les charges financières découlant des missions de service public hospitalières spécifiques aux H-IRIS – i.e. l'obligation de prise en charge de tout patient en toute circonstance, même post-urgence, et l'obligation de fournir une offre complète et continue de soins multi-site – sont prises en charge par les pouvoirs publics dans le cadre de leurs prérogatives de définir et d'organiser la politique de Santé publique, les surcoûts pouvant être partiellement couverts par le mécanisme de l'Article 109 de la LCH, tel qu'exposé au point 2.2.2.6. de la présente décision.
- (119) Les missions sociales déléguées par les CPAS en faveur des hôpitaux publics H-IRIS, sont financées par le biais de subventions spéciales annuelles de € 10 millions, octroyées aux communes de la Région de Bruxelles-Capitale pour la réalisation de missions d'intérêt communal, les communes s'engageant à rétrocéder les montants reçus directement aux hôpitaux concernés.
- (120) Les surcoûts engendrés par la prestation des activités hospitalières et non-hospitalières des H-IRIS dans un régime bilingue, tenant compte de la spécificité linguistique de la Région Bruxelles-Capitale, sont cumulés aux coûts correspondant aux activités qui font l'objet des missions de service public hospitalières et non hospitalières respectives, en raison du lien indissoluble qui les réunit, tel qu'exposé plus haut.
- (121) Les mesures en cause et leur financement résultant de dispositions législatives et réglementaires émanant des pouvoirs publics compétents, l'imputabilité à l'État de celles-ci ne saurait être contestée¹²⁵.

5.1.3. Mesure conférant un avantage économique sélectif, susceptible de fausser la concurrence

- (122) Il convient d'analyser si de telles compensations, dans la mesure où elles bénéficient à des activités pouvant être qualifiées d'économiques, remplissent la condition de sélectivité que comporte l'Article 87, paragraphe 1, du Traité¹²⁶. La Commission rappelle que, selon la jurisprudence constante de la Cour¹²⁷, sont notamment considérées comme des aides les interventions qui, sous des formes diverses, allègent les charges qui grèvent normalement le budget d'une entreprise et qui, par là, sans être des subventions au sens strict du mot, sont de même nature et ont des effets identiques.

¹²⁵ Arrêt du 16 mai 2002, France/Commission, aff. C-482/99, Rec. 2002, p. I-4397, point 24.

¹²⁶ Arrêt du 6 septembre 2006, Portugal/Commission, aff. C-88/03, Rec. p. I-7115, point 54..

¹²⁷ Arrêt du 1er décembre 1998, Ecotrader, aff. C-200/97, Rec. 1998, p. I-7907, point 34, et arrêt du 17 juin 1999, Belgique/Commission, aff. C-75/97, Rec. 1999, p. I-3671, point 23.

- (123) Concernant l'appréciation de la sélectivité, la Commission note que l'ensemble des mesures de compensation de missions de service public hospitalières générales s'adressent uniquement à des établissements de santé définis comme "hôpitaux" au sens de la législation applicable (notamment la LCH), à l'exclusion donc de tout autre prestataire de soins de santé; elles sont dès lors par leur nature sélectives. Les mesures concernant les missions de service public hospitalières spécifiques aux H-IRIS sont également sélectives, compte tenu du fait qu'elles ne sont déléguées et compensées qu'aux H-IRIS. En outre, les compensations visant à couvrir les déficits des seuls hôpitaux publics doivent également être considérées comme sélectives. Par ailleurs, l'aide accordée par le biais du FRBRTC par la Région Bruxelles-Capitale aux communes, afin de leur permettre de restructurer les seuls hôpitaux publics de la Région Bruxelles-Capitale en 1995 répond également au critère de sélectivité. Enfin, les compensations accordées au titre des missions de service public non-hospitalières confiées aux H-IRIS par les CPAS au niveau local sont manifestement sélectives puisqu'elles ne s'adressent qu'aux seuls H-IRIS. Les mesures de financement relatives aux obligations de bilinguisme sont étroitement liées aux spécificités linguistiques de la Région Bruxelles-Capitale et doivent être considérées comme sélectives dans la mesure où ces obligations incombent spécifiquement aux seuls établissements publics relevant de cette juridiction territoriale.
- (124) Concernant l'appréciation de l'existence d'un avantage économique favorisant les H-IRIS, on relève que dans le cas d'espèce, les différents systèmes de compensation recouvrant tant les missions de service public hospitalières que non-hospitalières, y compris la compensation des déficits et l'aide à la restructuration¹²⁸, permettent aux hôpitaux en question de bénéficier d'un ensemble de mesures de nature à alléger les charges qui incombent normalement aux prestataires d'une activité, qualifiable d'économique pour les motifs exposés plus haut.
- (125) Sur les marchés concernés, tel que c'est le cas notamment pour les services de santé prestés *inter alia* par les H-IRIS, l'existence de subventions accordées à certains établissements de santé, dont les H-IRIS, pour financer les activités qu'ils exercent au titre de leurs missions de service public, est susceptible de fausser la concurrence et ces activités ne peuvent dès lors pas être totalement soustraites au contrôle du respect des règles de concurrence. Les aides qui visent à libérer une entreprise des coûts qu'elle aurait normalement dû supporter dans le cadre de sa gestion courante ou de ses activités normales faussent, en principe, les conditions de concurrence¹²⁹. Sur la base de ces arguments, le critère de l'octroi d'un avantage économique sélectif susceptible de fausser la concurrence tel que requis au titre de l'Article 87, paragraphe 1, du Traité, semble a priori rempli dans le cas d'espèce.
- (126) Cependant, la Commission prend note de l'argument de l'Etat belge, selon lequel les mesures en cause ne devraient pas être considérées comme accordant aux hôpitaux publics sous examen un avantage économique, étant donné que les financements contestés constitueraient la contrepartie des services aux patients prestés par les H-IRIS au titre des missions de service public qui leur sont imparties, dès lors rentrant dans le champ d'application de la jurisprudence Altmark. Cet argument rejoint donc l'analyse des financements en cause en tant que compensations accordées par les autorités

¹²⁸ Pour autant que cette aide à la restructuration puisse être analysée comme bénéficiant à des entités juridiques nouvelles, succédant aux anciens hôpitaux qui relevaient des CPAS, qui ont été les bénéficiaires directs de ladite aide.

¹²⁹ Arrêt du 19 septembre 2000, Allemagne/Commission, aff. C-156/98, Rec. 2000, p. I-6857, point 30.

publiques pour l'accomplissement de missions de service public, qui est spécifiquement analysé au point 5.2 de la présente décision (*Existence d'une aide d'état au sens de l'arrêt Altmark*).

5.1.4. Affectation des échanges intra-communautaires

- (127) La jurisprudence communautaire a établi que tout octroi d'aides à une entreprise qui exerce ses activités sur le marché communautaire est susceptible de causer des distorsions de concurrence et d'affecter les échanges entre États membres¹³⁰. Dans le domaine des règles d'aides d'État, l'affectation des échanges ne dépend pas du caractère local ou régional du service fourni. Il n'y a aucun seuil ou pourcentage au-dessous duquel il peut être considéré que les échanges entre les États membres ne sont pas affectés. Par ailleurs, le montant relativement faible de l'aide ou la taille relativement modeste de l'entité qui la reçoit, n'excluent pas en soi la possibilité que les échanges entre les États membres soient affectés¹³¹.
- (128) A cet effet, en ce qui concerne l'ensemble des missions de service public hospitalières des H-IRIS (générales et spécifiques)¹³² la Commission observe que le secteur des soins de santé hospitaliers fait l'objet d'échanges intra-communautaires. Dans ce contexte, lorsqu'un État membre octroie une aide à une entreprise, l'activité de celle-ci peut s'en trouver maintenue ou augmentée, avec pour conséquence que les chances des entreprises établies dans d'autres États membres de pénétrer sur le marché de cet État membre en sont diminuées. Les H-IRIS exercent leurs activités hospitalières sur un marché où la prestation de services de santé hospitaliers est exercée par différents types d'organismes (différents établissements de santé publics ou privés remplissant les critères de la définition d'un "hôpital" au sens de la LCH). Compte tenu des différents opérateurs présents sur ce marché et bénéficiant de financements publics, la Commission estime donc que, dans la mesure où elles favorisent des activités économiques, les mesures en cause sont susceptibles de renforcer la position des opérateurs qui en bénéficient et que, par conséquent, on ne saurait exclure qu'elles aient un effet potentiel sur le commerce intra-communautaire, en restreignant la capacité des opérateurs d'autres États membres de développer leurs activités sur ce marché.
- (129) En outre, la Commission note qu'il existe une mobilité transfrontalière des patients, même si ce phénomène est d'importance mineure sur le marché des soins de santé hospitaliers, compte tenu du fait que la santé reste un des domaines relevant de la compétence des États membres, la mobilité des patients étant régie par les dispositions strictes qui encadrent les interventions des systèmes de sécurité sociale nationaux. D'autre part, il semble peu probable que le régime particulier des hôpitaux publics sous examens puisse provoquer des déplacements transfrontaliers de patients d'une importance telle, nonobstant les barrières linguistiques et la distance géographique, les frais de séjour à l'étranger et le manque d'information sur la nature des soins qui y sont dispensés, que l'équilibre du système de santé publique et sécurité sociale des États membres en serait perturbé et que, de ce fait, le niveau global de protection de la santé publique serait menacé, ce qui pourrait concrétiser l'existence d'une distorsion de la

¹³⁰ Arrêt du 17 septembre 1980, Philip Morris/Commission, aff. 730/79, Rec. 1980, p. 2671, points 11 et 12, et arrêt du 30 avril 1998, Het Vlaamse Gewest/Commission, aff. T-214/95, Rec. 1998, p. II-717, points 48 à 50.

¹³¹ Arrêt du 30 avril 1998, Het Vlaams Gewest/Commission, précité; arrêt du 24 juillet 2003, Altmark trans et Regierungspräsidium Magdeburg, aff. C-280/00, Rec. 2003, p. I-7747, points 81-82 et arrêt du 3 mars 2005, Heiser, aff. C-172/03, Rec. 2005, p. I-1627, points 32-33.

¹³² Eu égard à la similitude et à la complémentarité de ces missions qui concerne des prestations de soins de santé.

concurrence et des échanges entre les Etats membres¹³³. En effet, les soins hospitaliers sont généralement dispensés à proximité du lieu de résidence du patient, dans un environnement culturel qui lui est familier et lui permettant d'établir avec le médecin traitant des relations de confiance. Abstraction faite des situations d'urgence, les déplacements transfrontaliers de patients se manifestent surtout dans les régions frontalières ou pour le traitement des pathologies spécifiques. Dans le cas d'espèce, les bénéficiaires des soins de santé hospitaliers sont principalement des citoyens belges, ou ressortissants d'autre Etats membres ou d'Etat tiers résidant en Belgique, et plus particulièrement dans la Région de Bruxelles-Capitale. L'absence de mobilité des patients est d'autant plus notable que les H-IRIS accueillent un nombre important de patients défavorisés, qui ne disposent vraisemblablement pas de moyens leur permettant une mobilité en termes de recherche de soins de santé.

- (130) Cependant, la Commission ne saurait exclure l'affectation des échanges entre les Etats membres dans le cas d'espèce, bien que celle-ci soit très limitée.
- (131) A lumière des arguments qui précèdent, on ne saurait exclure l'affectation des échanges intracommunautaires, même si de portée limitée, en ce qui concerne l'aide à la restructuration accordée par la Région de Bruxelles-Capitale, via le FRBRTC, en 1995 aux communes pour *in fine* contribuer à la restructuration hospitalière des hôpitaux publics des CPAS.
- (132) En ce qui concerne les missions de service public non-hospitalières des H-IRIS – missions sociales déléguées par les CPAS et obligations de bilinguisme – la Commission remarque que, dans l'hypothèse où ces activités seraient de nature économique, l'impact des mesures de financement de ces missions sur les échanges intra-communautaire peut être analysé sur la base du même raisonnement que précédemment développé, compte tenu du fait que ces services sont prestés en rapport direct avec les soins hospitaliers et en complément de ceux-ci. Partant, même si de portée limitée, l'affectation des échanges ne saurait donc être exclue.
- (133) Sur la base des considérations qui précèdent, la Commission considère que, dans la mesure où les activités des hôpitaux en question peuvent être qualifiées comme étant de nature économiques, les critères étant en principe remplis, les mesures en cause semblent a priori constituer des aides d'Etat au sens de l'Article 87, paragraphe 1, du Traité. Cependant, comme déjà indiqué plus haut, l'analyse de l'existence de l'aide doit être complétée au regard des arguments avancés par l'Etat belge concernant le fait que les mesures en cause ne font que compenser les coûts des obligations de services d'intérêt économique général fournies par les H-IRIS et qu'à ce titre elles échappent aux dispositions de l'Article 87, paragraphe 1, du Traité, à la lumière des critères fixés par la Cour dans son arrêt Altmark.

5.2. Existence d'une aide d'état au sens de l'arrêt Altmark

- (134) Dans son arrêt Altmark, la Cour a considéré que les compensations de service public ne constituent pas des aides d'Etat au sens de l'Article 87, paragraphe 1, du Traité, à condition que les quatre critères cumulatifs résumés ci-après soient remplis:

¹³³ Dans ce sens voir aussi, en matière de libre prestation des services, l'arrêt du 13 mai 2003, Müller-Fauré et van Riet, aff. C-385/99, Rec. 2003, p. I-4509.

- l'entreprise bénéficiaire doit effectivement être chargée de l'exécution d'obligations de service public, et ces obligations doivent être clairement définies (ci-dessous: définition et mandatement).
- les paramètres sur la base desquels est calculée la compensation doivent être préalablement établis, de façon objective et transparente (ci-dessous: paramètres de la compensation).
- la compensation ne peut pas dépasser ce qui est nécessaire pour couvrir tout ou partie des coûts occasionnés par l'exécution des obligations de service public, compte tenu des recettes y relatives et d'un bénéfice raisonnable (ci-dessous: absence de surcompensation).
- lorsque le choix de l'entreprise à se charger de l'exécution d'obligations de service public, dans un cas concret, 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 (ci-dessous: mandatement par procédure de marché public ou compensation basée sur analyse de coûts d'une entreprise moyenne bien gérée).

(135) La Cour a rappelé que les principes et considérations énoncés dans l'arrêt *Altmark* sont applicables *ex tunc*, donc même à des rapports juridiques nés et constitués avant l'arrêt en question¹³⁴. Partant, les critères d'appréciation utilisés par la Cour dans ledit arrêt sont pleinement applicables à la situation factuelle et juridique de la présente affaire, même en ce qui concerne les subventions accordées aux H-IRIS avant la date de l'arrêt *Altmark*¹³⁵.

(136) La Commission procède donc à l'analyse des critères indiqués ci-dessus dans le cas en objet. Cependant, eu regard au fait que les conditions d'applicabilité de l'Arrêt *Altmark* sont cumulatives, le non-respect d'une seule de ces conditions entraînent la qualification des mesures sous revue d'aides d'Etat au sens du droit communautaire. Partant, dans un souci de facilité de l'analyse, la Commission va analyser en premier lieu si dans le cas d'espèce il s'agit effectivement d'entreprises investies d'obligations de services publics (premier critère *Altmark*) pour examiner ensuite si concrètement le choix de ces entreprise a été effectué dans le cadre d'une procédure de marché public ou à défaut, si la compensation qui leur est accordée à cet effet est basée sur l'analyse de coûts d'une entreprise moyenne bien gérée (quatrième critère *Altmark*).

5.2.1. Définition et mandatement des obligations de service public

(137) La Commission rappelle qu'il est généralement admis que la notion d'obligation de service public utilisée par la Cour dans l'arrêt *Altmark* est équivalente à celle

¹³⁴ Arrêt du 12 février 2008, aff. T-289/03 *BUPA c/ Commission*, Rec. 2008, p. II-81. L'arrêt est définitif, n'ayant pas fait l'objet d'un recours devant la Cour de Justice des Communautés Européennes. Selon cet arrêt, ces considérations issues d'une jurisprudence qui vise, en particulier, le devoir d'application du droit communautaire par le juge national s'appliquent *mutatis mutandis* aux institutions communautaires lorsque celles-ci sont, à leur tour, appelées à mettre en œuvre les dispositions de droit communautaire faisant l'objet d'une interprétation postérieure de la Cour (point 159 de l'arrêt).

¹³⁵ Arrêt du 15 mars 2005, *Bidar*, aff. C-209/03, Rec. 2005, p. I-2119, points 66 et 67, et arrêt du 6 mars 2007, *Meilicke* e.a., aff. C-292/04, Rec. 2007, p. I-1835, points 34 à 36.

d'obligation de service d'intérêt économique général (SIEG), que ces notions soient prises en compte sous l'angle de l'Article 87, paragraphe 1, ou de l'Article 86, paragraphe 2, du Traité¹³⁶. Les deux notions se réfèrent à des services ayant des caractéristiques particulières, qui réunissent les éléments communs suivants: service universel, continuité, qualité du service, accessibilité tarifaire, protection de l'utilisateur et du consommateur¹³⁷. Ainsi que cela ressort de la jurisprudence, la prestation du service en cause doit, par définition, revêtir un intérêt général ou public.

- (138) En ce qui concerne la notion de mission de SIEG et la compétence de la Commission pour confiner le contenu d'un SIEG, tel qu'il a été notamment affirmé par le TPI dans l'arrêt rendu dans l'affaire T-289/03 BUPA c/ Commission¹³⁸ dans le secteur de la santé couvert par la sécurité sociale, actuellement, *"en droit communautaire et aux fins de l'application des règles de concurrence du traité CE, il n'existe ni de définition réglementaire claire et précise de la notion de mission SIEG, ni de concept juridique établi fixant, de manière définitive, les conditions qui doivent être réunies pour qu'un État membre puisse valablement invoquer l'existence et la protection d'une mission SIEG, soit au sens de la première condition énoncée dans l'arrêt Altmark (...) soit au sens de l'Article 86, paragraphe 2, CE"*. Par ailleurs, tel que mis en avant par la Communication de la Commission sur les services d'intérêt général en Europe¹³⁹ et la jurisprudence du TPI¹⁴⁰, les États membres disposent d'un large pouvoir d'appréciation pour déterminer la nature et la portée d'une mission SIEG, et le degré de contrôle de cette appréciation par la Commission est limité au cas d'erreur manifeste¹⁴¹. Le TPI a par ailleurs confirmé que le secteur de la santé relève d'une compétence quasi exclusive des États membres¹⁴². Dans ce secteur, la Communauté ne peut procéder, en vertu de l'Article 152, paragraphes 1 et 5, du Traité CE, qu'à des actions juridiquement non contraignantes tout en respectant pleinement les responsabilités des États membres en matière d'organisation et de fourniture de services de santé et de soins médicaux. Dès lors, la détermination d'obligations de SIEG dans ce contexte relève également, à titre principal, de la compétence des États membres, prérogative étatique confirmée par l'absence tant de compétence spécialement attribuée à la Communauté que de définition précise et complète de la notion de SIEG en droit communautaire¹⁴³.
- (139) Il s'ensuit que *"le contrôle que les institutions communautaires sont habilitées à exercer sur l'exercice du pouvoir discrétionnaire de l'État membre dans la détermination des SIEG est limité à la recherche de l'existence d'une erreur manifeste d'appréciation"*¹⁴⁴. Cependant, même si l'État membre dispose d'un large pouvoir discrétionnaire quant à la détermination de ce qu'il considère comme un SIEG, cela ne le dispense pas, lorsqu'il

¹³⁶ Conclusions de l'avocat général M. Tizzano sous l'arrêt du 22 novembre 2001 Ferring, aff. C-53/00, Rec. 2001, p. I-9067, I-9069, points 51 et 60, et conclusions de l'avocat général M. Jacobs sous l'arrêt du 20 novembre 2003, GEMO, aff. C-126/01, Rec. 2003, p. I-13769, I-13772.

¹³⁷ Livre vert de la Commission sur les services d'intérêt général, du 21 mai 2003, COM (2003) 270 final, point 49.

¹³⁸ Arrêt BUPA précité, paragraphes 165 et suivants.

¹³⁹ Notamment, le point 22 de la Communication de la Commission sur les services d'intérêt général en Europe, JO 2001, C 17, p. 4.

¹⁴⁰ Arrêt BUPA précité, point 166.

¹⁴¹ Voir arrêt du 15 juin 2005, Olsen/Commission, aff. T-17/02, Rec. 2005, p. II-2031, point 216.

¹⁴² Arrêt BUPA, précité, points cités.

¹⁴³ Par ailleurs, l'article 16 CE confirme cette répartition de compétence, en indiquant que, eu égard à la place qu'occupent les SIEG parmi les valeurs communes de l'Union ainsi qu'au rôle qu'ils jouent dans la promotion de la cohésion sociale et territoriale de l'Union, la Communauté et ses États membres, chacun dans les limites de leurs compétences respectives et dans les limites du champ d'application du traité, veillent à ce que ces SIEG fonctionnent sur la base de principes et dans des conditions qui leur permettent d'accomplir leurs missions.

¹⁴⁴ Arrêt BUPA précité, point 169.

invoque l'existence et la nécessité de la protection d'une mission SIEG, de veiller à ce que cette dernière satisfasse certains critères minimaux communs à toute mission SIEG au sens du traité CE, tels que précisés par la jurisprudence, et de démontrer que ces critères sont bien satisfaits dans le cas d'espèce.

5.2.1.1. Missions de services publics hospitalières des H-IRIS

- (140) Au regard de la définition et de l'organisation des missions de service public hospitalières imparties à tous les hôpitaux par la LCH, plus amplement présentées à la section II ci-dessus, la Commission considère que les exigences communautaires en la matière se trouvent remplies en l'espèce.
- (141) En effet, en Belgique, les compétences en matière de Santé publique sont réparties entre l'Etat fédéral d'une part, les Communautés et les Régions d'autre part. La LCH prévoit les grands principes sur lesquels repose l'organisation du secteur hospitalier, notamment la programmation, l'agrément et le financement: la programmation indique le nombre de lits, services ou appareillages d'un certain type pouvant être agréés; les normes d'agrément fixent les conditions auxquelles doit satisfaire un service hospitalier; les services qui ont obtenu un agrément sont aptes à recevoir un financement à ce titre. Seuls les services hospitaliers agréés s'inscrivant dans le contexte de la programmation peuvent bénéficier d'une intervention de l'Etat fédéral, notamment au travers du BMF (voir point 2.2.2. ci-dessus). La LCH établit clairement l'existence et la définition des missions de service public hospitalières imparties aux hôpitaux concernés; les missions de SIEG dévolues au niveau fédéral par l'Etat central sont les mêmes pour tous les prestataires de service public, qu'il s'agisse d'hôpitaux publics ou privés¹⁴⁵, qui sont habilités à opérer sur l'ensemble du territoire national, sur base d'un agrément accordé pour une durée déterminée, et à prester les soins de santé hospitaliers plus amplement définis dans la LCH et les dispositions réglementaires d'application (les arrêtés royaux encadrant l'agrément, la planification, etc.).
- (142) Le régime des missions de service public hospitalières confiées aux hôpitaux belges est détaillé par les normes d'agrément, qui fixent les conditions auxquelles les services hospitaliers prodigués doivent satisfaire pour bénéficier d'une compensation pour ces missions de service public. La compétence de l'octroi de l'agrément appartient à l'autorité infranationale (Communauté ou Région) compétente territorialement, qui agréée individuellement par hôpital chaque service hospitalier pour lequel les normes d'agrément sont respectées¹⁴⁶. Un hôpital reçoit toujours un agrément qui vaut implicitement pour l'ensemble du territoire belge, en ce sens qu'un hôpital n'est pas tenu de limiter ses activités à une région donnée. La durée d'octroi d'un agrément dépend de la législation de la Communauté ou la Région concernée. En ce qui concerne les hôpitaux de la Région Bruxelles-Capitale, la matière est régie par les dispositions de la LCH et de l'arrêté du Collège de la Commission communautaire commune Bruxelles-Capitale du 5 mai 1994 déterminant les modalités d'agrément et de fermeture des

¹⁴⁵ Concernant les missions de service public hospitalières découlant de la LCH, il ressort de la plainte et du mémoire de requête en annulation introduit devant le TPI par les plaignants dans l'affaire T-128/08 que ces derniers ne formulent pas de réserve ou d'objection sur ce sujet.

¹⁴⁶ Les Communautés et les Régions ont pour mission d'effectuer des inspections pour vérifier le respect de ces obligations. En cas de résultat positif, un agrément individuel est accordé par service hospitalier, par le biais d'un arrêté individuel d'agrément pris par la Communautés ou la Région compétente. Ces arrêtés indiquent spécifiquement chaque hôpital concerné et les services hospitaliers pour lesquels l'hôpital obtient un agrément.

hôpitaux et des services hospitaliers relevant de la Commission communautaire commune¹⁴⁷.

- (143) En outre, les Communautés et les Régions peuvent, dans le cadre des compétences partagées entre l'autorité fédérale et les Communautés, accorder des subsides pour la construction, l'extension, la transformation et l'équipement de base d'hôpitaux et de services hospitaliers. Ces subsides sont donc une intervention financière dans les frais d'investissement des hôpitaux. Ils ne peuvent être accordés qu'à des établissements s'inscrivant dans la programmation et agréés en tant qu'hôpitaux. L'ensemble des règles relatives à l'octroi des subventions aux infrastructures des hôpitaux sont de la compétence de l'Etat, les autorités infranationales n'ayant que la compétence d'octroyer des subsides en application de ces règles.
- (144) Les caractères obligatoire et solidaire des missions de service public hospitalières générales sont fondés respectivement sur la LCH - qui impartit lesdites missions à tout établissement de santé qualifié d'hôpital au sens de cette loi – et sur le fait que ces missions rentrent dans le champs d'application de la sécurité sociale nationale, et sont financés par le budget national.
- (145) Il en ressort qu'au niveau fédéral, la définition matérielle et territoriale des missions de service public hospitalières indique que les prestataires de services de santé visés sont tous les hôpitaux belges publics et privés, sans distinction.
- (146) Concernant les missions de service public hospitalières spécifiques dévolues aux H-IRIS, *i.e.* l'obligation de prise en charge de tout patient en toute circonstance, y compris post-urgence et l'obligation d'offrir une activité complète de soins hospitaliers multi-site, la Commission note que ces missions sont définies, organisées et dévolues sur base de la loi du 8 juillet 1976 sur les CPAS et des plans stratégiques IRIS¹⁴⁸ adoptés par la structure faîtière IRIS, qui est assimilable à un pouvoir public tel qu'exposé au paragraphe 25, et font l'objet d'une délégation aux les H-IRIS, qui sont eux-mêmes non seulement sous le contrôle direct de la structure faîtière mais aussi sous le contrôle direct des autorités publiques, tel qu'indiqué au point 2.1. de la présente décision. Les plans stratégiques IRIS sont qualifiables d'actes de puissance publique, dont le caractère obligatoire découle du fait que ces plans sont imposés aux H-IRIS par les pouvoirs publics qui ont arrêté le contenu de ces plans au travers de l'Assemblée générale de la structure faîtière IRIS, qui est assimilable à un pouvoir public, où ceux-ci ont la majorité des sièges; il est renforcé par la mise en œuvre de ces plans sous le contrôle des Assemblées générales et des Conseils d'administration chapeautant chacun des H-IRIS où les pouvoirs publics détiennent également la majorité des sièges. Au titre de ces dispositions légales les H-IRIS doivent prodiguer des soins hospitaliers continuels, offerts à tout patient, quelque soit sa situation sociale ou financière. De plus, la délégation de ces obligations est également confirmée dans les conventions-types CPAS – hôpitaux publics. La Commission note que ces obligations tiennent à la nature-même du service public de santé, qui requiert qu'il soit garanti une continuité des soins hospitaliers, qu'il s'agisse des soins d'urgence ou des soins habituels, dont l'accessibilité doit être garantie à tout patient, indépendamment de sa situation financière ou sociale.

¹⁴⁷ Arrêté du Collège de la Commission communautaire commune du 5 mai 1994 déterminant les modalités d'agrément et de fermeture des hôpitaux et services hospitaliers relevant de la Commission communautaire commune (Moniteur Belge du 29.07.1994).

¹⁴⁸ Pour rappel, au cours de la période couverte par le présent examen, les autorités publiques ont adoptés et mise en œuvre deux plans stratégiques Iris couvrant respectivement la période 1996-2001 et 2002-2010.

Cette obligation est par ailleurs caractéristique aux hôpitaux publics, dans la mesure où pareille obligation n'est pas légiférée à la charge des hôpitaux privés.

- (147) Sur la base des développements précédents, la Commission remarque que le système sous revue vise à garantir la poursuite d'un service de santé hospitalier de base, continu, universel et obligatoire, à charge des hôpitaux publics, qui en vertu de leur régime de droit public et en raison de la volonté de leurs actionnaires (adhérents) qui sont les pouvoirs publics, sont sous l'obligation d'assurer les services fondamentaux de santé publique dans des conditions d'accessibilité pour tous. La participation des hôpitaux privés au service de santé publique est quant à elle fondée sur le principe de la liberté de choix. En effet, si un hôpital public est sous l'obligation clairement définie de fournir à tout patient, sur simple demande, tout type de service hospitalier, dans un cadre multi-sites, un hôpital privé reste libre, en l'absence d'une exigence légale lui imposant ce type d'obligation, de définir les patients qu'il accueille post-urgence, de choisir une ou plusieurs spécialités, et d'organiser librement ses activités en fonction des différents sites où il opère.
- (148) Le caractère obligatoire des missions spécifiques de service public hospitalières découle du régime défini par les plans stratégiques IRIS adoptés sous l'égide des pouvoirs publics compétents et mis en œuvre sous leur contrôle, tel qu'exposé plus haut, tandis que le caractère solidaire de ces missions ressort de l'obligation des pouvoirs publics de prendre en charge les surcoûts résultant de l'accomplissement de ces missions. Les H-IRIS ne disposent d'aucune latitude dans la définition et l'organisation des missions en objet.
- (149) Au demeurant; conformément à une jurisprudence établie, le fait que les obligations de service public mises en cause n'ont qu'un champ d'application territorial ou matériel restreint – *i.e.* le territoire de la Région de Bruxelles-Capitale– ou que les services concernés ne bénéficient qu'à un groupe relativement restreint d'utilisateurs, confinés à ce territoire, ne remet pas en cause le caractère universel des missions sous examen, au sens du droit communautaire.¹⁴⁹ La Commission relève que le caractère obligatoire des services en cause peut notamment consister, en particulier dans le cas de l'octroi d'un droit exclusif ou spécial, en une obligation d'exercer une certaine activité économique indépendamment des coûts qui y sont liés¹⁵⁰, ou alors, en l'absence d'un tel droit exclusif ou spécial, dans l'obligation de l'opérateur en cause, prévue par un acte de puissance publique, d'offrir certains services à tout citoyen y faisant appel¹⁵¹. Le caractère obligatoire du service et, partant, l'existence d'une mission de SIEG sont établis si le prestataire est obligé de contracter, à des conditions constantes, sans pouvoir écarter l'autre partie contractante, sans que cela exclut l'existence d'une certaine latitude laissée aux opérateurs sur le marché, dans la gestion et le contenu des services

¹⁴⁹ Dans son arrêt BUPA précité, la Cour a confirmé que la notion de service universel, au sens du droit communautaire, n'implique pas que le service en cause doive répondre à un besoin commun à l'ensemble de la population ou être fourni sur l'intégralité d'un territoire (point 186 de l'arrêt). Voir également l'arrêt du 11 avril 1989, Ahmed Saeed Flugreisen e.a. / Zentrale zur Bekämpfung unlauteren Wettbewerbs, aff. 66/86, Rec. 1989, p. 803, point 55; arrêt du 18 juin 1998, Corsica Ferries France / Gruppo Antichi Ormeggiatori del porto di Genova e.a., aff. C-266/96, Rec. 1998, p. I-3949, point 45, et arrêt du 15 juin 2005, Olsen / Commission, aff. T-17/02, Rec. 2005, p. II-2031 points 186 et suivants.

¹⁵⁰ En ce sens, point 14 de la communication sur les services d'intérêt général de 2001.

¹⁵¹ En ce sens, point 15 de la communication sur les services d'intérêt général de 2001.

fournis.¹⁵² A ce titre, les H-IRIS ne disposent pas de latitude dans la gestion du contenu des services publics en question.

- (150) Partant, la Commission considère que les exigences du droit communautaire concernant la définition et l'organisation de l'ensemble des missions de service public hospitalières imparties aux H-IRIS sont remplies dans l'espèce.

5.2.1.2. Missions de service public non-hospitalières des H-IRIS

- (151) Les missions sociales déléguées par les CPAS sont définies et mandatées aux H-IRIS sur base de l'Ordonnance du 13 février 2003, la loi du 8 juillet 1976 sur les CPAS,¹⁵³ ainsi que les conventions signées entre les CPAS et les H-IRIS¹⁵⁴. Ces missions s'adressent donc aux H-IRIS, recouvrant le territoire de compétence des CPAS et des communes concernées pour la durée de la convention.
- (152) La définition et l'organisation de ces missions sont assujetties à des conditions spécifiques, relevant de la politique sociale qui est de la compétence des pouvoirs publics. Ainsi, ces missions, consistant à fournir une aide sociale individuelle accompagnant l'aide médicale en faveur des patients, relèvent de la compétence des CPAS, conformément aux dispositions de la loi organique des CPAS et de la loi du 2 avril 1965 relative à la prise en charge des secours par les CPAS. La Commission observe qu'en raison des exigences spécifiques relatives à l'accomplissement de ces missions sociales, les opérateurs susceptibles de les exercer doivent disposer de moyens spécifiques, tant en termes de personnel que de logistique, nécessaires afin de garantir la continuité et la qualité de ce service.
- (153) La compétence de déléguer ces missions sociales qualifiables de SIEG, de la même manière que pour les SIEG hospitaliers, relève du pouvoir discrétionnaire de l'Etat-membre de déterminer le contenu et l'organisation des missions de service public au niveau national ou local. La Commission note que, en raison du statut des CPAS, ceux-ci sont des établissements publics assimilables aux pouvoirs publics, ayant donc la prérogative de déléguer leurs missions de service public à d'autres entités, dans le cadre de leurs pouvoirs discrétionnaires, au même titre que les pouvoirs publics nationaux. En cette qualité, les CPAS sont libres de conclure des conventions avec des personnes, des établissements ou des services qui disposent des moyens nécessaires pour réaliser les diverses solutions qui s'imposent afin d'assurer la continuité et la qualité de ce service social. Ces conventions précisent par ailleurs la nature, le contenu et la durée des missions sociales déléguées aux H-IRIS par les CPAS.
- (154) A ce sujet, la Commission note qu'au niveau national il existe différentes pratiques des CPAS, tant au sein de la Région Bruxelles-Capitale que dans d'autres régions du pays. En effet, dans certaines communes de la Région Bruxelles-Capitale, les CPAS compétents territorialement ont signé respectivement des conventions avec des H-IRIS, tandis qu'en même temps, dans d'autres régions ou communes, les CPAS compétents ont

¹⁵² Arrêt BUPA précité, point 190; arrêt du 17 juillet 1997, GT-Link / De Danske Statsbaner, aff. C-242/95, Rec. 1997, p. I-4449, point 53; arrêt du 10 décembre 1991, Merci Convenzionali Porto di Genova / Siderurgica Gabrielli, aff. C-179/90, Rec. 1991, p. I-5889, point 27.

¹⁵³ Notamment, sur base des articles 57, 61 et 62 de ladite loi.

¹⁵⁴ Le choix de déléguer lesdites missions par le biais de conventions conclues entre CPAS et hôpitaux délégataires paraît d'autant plus justifié, au regard des caractéristiques historiques de ces missions et des rapports entre les H-IRIS et la CPAS, les hôpitaux précurseurs des H-IRIS ayant été sous la tutelle directe des CPAS jusqu'en 1995..

conclu pareilles conventions avec des prestataires autres que les hôpitaux publics (y les compris les hôpitaux issus des CPAS).

- (155) Le caractère obligatoire des ces missions sociales est fondé d'une part sur la base juridique définie par les pouvoirs publics, et d'autre part sur l'absence de latitude dans le chef du délégataire dans la définition et l'organisation de ces missions. Le caractère solidaire de ces missions est établi par le fait que la prise en charge des surcoûts découlant de l'accomplissement des missions sociales imparties aux H-IRIS incombe aux pouvoirs publics dans le cadre de leurs compétences de définition, d'organisation et de financement de la politique sociale.
- (156) Concernant les obligations de bilinguisme, tel qu'exposé au point 2.3.2., la Commission note que ces obligations sont imparties à tout établissement public de la Région bilingue de Bruxelles-Capitale. La Commission rappelle en outre, tel que déjà indiqué, que la particularité des hôpitaux publics bruxellois concernant le déroulement de leurs activités dans un cadre de bilinguisme est directement et indissolublement liée à la prestation des activités relevant de leurs missions de service public hospitalières et non-hospitalières, leur régime étant étroitement lié à celui de ces missions.
- (157) Eu égard à l'ensemble des considérations exposées ci-dessus, la Commission considère que la législation belge applicable selon le cas remplit la condition d'une définition claire et précise des obligations de service public en cause à travers des actes de puissance publique attribuant ces missions de service public, hospitalières et non hospitalières, aux H-IRIS, au sens de la première condition énoncée dans l'arrêt *Altmark*, et que l'Etat belge a suffisamment démontré le caractère obligatoire et solidaire des services en question, en conformité avec les exigences communautaires.
- (158) Partant, la Commission examinera par la suite le respect du quatrième critère posé par la jurisprudence *Altmark*, essentiel afin de déterminer l'éventuelle absence d'aide dans les conditions énoncées dans ladite jurisprudence en l'espèce.

5.2.2. Mandatement par procédure de marché public ou compensation basée sur analyse de coûts d'entreprise moyenne bien gérée

- (159) Pour l'ensemble des missions de service public hospitalières et non-hospitalières déléguées aux H-IRIS, la Commission constate que ces délégataires n'ont pas été choisis par des procédures de marché public. En effet, ces missions de service public ont été dévolues aux hôpitaux en cause à travers des procédures d'agrément ou par le biais des conventions. Partant, la première partie du critère en question n'est pas remplie dans le cas d'espèce.
- (160) La Commission remarque toutefois que le choix des procédures d'attribution des missions de service public relève de la compétence des Etats membres et effectivement, les procédures spécifiques utilisées dans le cas d'espèce peuvent s'avérer appropriées au secteur des soins de santé. La Commission rappelle par ailleurs que, le cas échéant, les dispositions applicables de la Directive 2004/18/EC et des principes du Traité CE s'imposent aux autorités publiques nationales lors de l'exercice de leurs prérogatives dans le choix d'une procédure d'attribution spécifique. Par conséquent, il est noté que la présente décision ne préjuge aucunement un éventuel examen ultérieur du respect des règles communautaires en matière de passation des marchés public par la Commission.

- (161) Concernant la deuxième partie du critère sous revue, la Commission constate que les informations lui ayant été fournies tant par les autorités belges que par les plaignants ne sont pas suffisantes aux fins de son analyse pour établir que les systèmes de compensation des missions de service public hospitalières et non-hospitalières des H-IRIS répondent effectivement et pleinement au critère de l'opérateur efficient au sens de la quatrième condition énoncée dans l'arrêt Altmark. La Commission relève que l'argumentation développée par les parties intéressées ne permet pas de déterminer au-delà de tout doute légitime si le niveau de la compensation nécessaire a été déterminé en prenant effectivement en considération les coûts réels d'une entreprise moyenne présentant les caractéristiques requises par la jurisprudence communautaire et si les H-IRIS, tout comme les hôpitaux privés associés à la plainte, sont effectivement de telles entreprises représentatives ou moyennes et bien gérées de référence dans le sens requis par l'Arrêt Altmark. Par ailleurs, un régime de compensation accordée en contrepartie de la prestations d'un SIEG par plusieurs prestataires, établi sur la base d'une simple moyenne, indépendamment de toute considération et démonstration quant à la bonne gestion et à l'adéquation de l'équipement pour prester le type d'activité requis conformément aux missions SIEG en cause, ne peut mathématiquement avoir pour corollaire l'absence de surcompensation que pour l'entreprise moyenne de référence ou pour toute entreprise ayant des coûts nets réels supérieurs à la moyenne en question¹⁵⁵.
- (162) Par conséquent, la Commission considère que ce quatrième critère de l'arrêt Altmark ne saurait être considérée comme satisfait dans le cas présent et rappelle que les conditions de l'arrêt Altmark étant cumulatives, il suffit que l'une de ces conditions ne soit pas remplie pour que la Commission puisse exclure l'absence d'aide d'Etat au sens du droit communautaire dans le cadre de compensation de service public, tel que dans le cas sous revue.
- (163) Eu égard à ce qui précède, les mesures en cause ne satisfaisant au quatrième critère énoncé par la Cour dans l'arrêt Altmark et compte tenu du fait que les critères généraux d'applicabilité de l'Article 87, paragraphe 1, du Traité sont remplis, les mesures sous rubrique constituent des aides d'Etat au sens de l'Article 87 du Traité. Par conséquent, la Commission procédera par la suite à l'examen de l'éventuelle compatibilité de ces mesures à la lumière des dérogations prévues par ledit Traité.

5.3. Compatibilité au titre de l'Article 86, paragraphe 2, du Traité

- (164) Eu égard au fait que les autorités belges ont indiqué que les missions donnant lieu aux financements publics sous revue sont des missions de service public, en ligne avec l'argumentation desdites autorités et conformément à sa pratique décisionnelle, la Commission estime que la base juridique la plus appropriée pour apprécier la compatibilité desdites mesures avec le marché commun est l'Article 86, paragraphe 2, du Traité, selon lequel les entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général ou présentant le caractère d'un monopole fiscal sont soumises 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 de service public particulière qui leur a été impartie.

¹⁵⁵ Concernant les H-IRIS, l'analyse détaillée du respect de cette partie du critère par ces derniers rejoint l'analyse des coûts des H-IRIS faite au titre de la compatibilité au titre de l'Article 86, paragraphe 2, du Traité, au point 5.3.2. ci-dessous.

- (165) Conformément à la jurisprudence communautaire sur l'application de l'Article 86, paragraphe 2, du Traité¹⁵⁶, pour qu'une mesure d'aide puisse bénéficier de la dérogation instituée par ledit Article, elle doit remplir les critères de nécessité et de proportionnalité et satisfaire aux conditions suivantes: (i) le service en question doit être un SIEG et être clairement défini en tant que tel par l'Etat membre; (ii) l'entreprise prestant le SIEG en question doivent avoir été formellement mandatée à cet effet par l'Etat membre; (iii) l'application des règles de concurrence prévues par le Traité doit empêcher l'accomplissement des missions particulières assignées à ladite entreprise et l'exemption desdites règles ne doit pas affecter les échanges entre les Etats membres dans une mesure contraire aux intérêts communautaires.
- (166) A l'aune des développements de la jurisprudence communautaire, la Commission a précisé la manière dont elle compte appliquer l'Article 86, paragraphe 2, du Traité dans l'encadrement communautaire des aides d'État sous forme de compensations de service public¹⁵⁷, ainsi que dans sa Décision 2005/842/CE sur les services d'intérêt économique général¹⁵⁸ (ensemble ci-après dénommés "*le Paquet SIEG*")¹⁵⁹. La Commission rappelle également que le Paquet SIEG a notamment permis de reprendre et confirmer la pratique décisionnelle et la jurisprudence communautaire existante relative à l'interprétation de l'Article 86, paragraphe 2, du Traité, en codifiant les critères d'analyse déjà préfigurés et en précisant d'avantage leur portée¹⁶⁰. Selon le Paquet SIEG, les critères suivants doivent être remplis: (i) l'existence d'un mandat spécifiant, notamment, la nature et la durée des obligations de service public, l'entreprise et le territoire concernés, la nature des droits exclusifs ou spéciaux éventuels octroyés à l'entreprise, les paramètres de calcul, de contrôle et de révision de la compensation, ainsi que les modalités de remboursement des éventuelles surcompensations et les moyens d'éviter surcompensation; (ii) le plafonnement de la compensation à ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts encourus pour l'accomplissement des obligations de service public et absence de subventions croisées; et (iii) le contrôle de la surcompensation par les autorités publiques des États membres.
- (167) Concernant la base juridique d'appréciation des mesures en objet, dans un souci de clarté et simplification de l'exposé, la Commission résume ci-après la correspondance entre les critères de compatibilité issus de la jurisprudence sur l'application de l'Article 86, paragraphe 2, du Traité et ceux indiqués dans le Paquet SIEG:

¹⁵⁶ Arrêt du 27 mars 1974, *Belgische Radio en Televisie / SV SABAM and NV Fonior*, aff. 127-73, Rec. 1974, p. 313.

¹⁵⁷ Encadrement communautaire des aides d'État sous forme de compensations de service public, JO C 297 du 29.11.2005, p. 4.

¹⁵⁸ Décision 2005/842/CE de la Commission du 28 novembre 2005 concernant l'application des dispositions de l'article 86, paragraphe 2, du traité CE aux aides d'État sous forme de compensations de service public octroyées à certaines entreprises chargées de la gestion de services d'intérêt économique général, JO L 312 du 29.11.2005, p. 67.

¹⁵⁹ La Décision a été précédée par des communications de la Commission sur les services d'intérêt général en Europe en 1996 et en 2001 (1996/C 281/03 et 2001/C 17/04).

¹⁶⁰ Ainsi, au titre du considérant 20 de la Décision, il est précisé que "*La présente décision précise dans une large mesure le sens et la portée de l'exception prévue à l'article 86, paragraphe 2, du traité, telle qu'elle a été appliquée de façon constante dans le passé par la Cour de justice et le Tribunal de première instance et par la Commission. (...) Toutefois, certaines de ses dispositions vont plus loin que le statu quo, en ce qu'elles posent des exigences supplémentaires visant à permettre un contrôle efficace des critères énoncés à l'article 86, paragraphe 2. (...)*"

Critères / Bases juridiques	Jurisprudence sur l'Article 86, paragraphe 2, du Traité	Paquet SIEG
Nécessité	Définition du SIEG par l'Etat membre Mandatement formel du SIEG par les pouvoirs publics	<i>Critère (i) ci-dessus:</i> Définition du SIEG par l'Etat membre (cf. 1 ^{er} critère Altmark) Mandatement formel du SIEG par les pouvoirs (cf. 1 ^{er} critère Altmark) Paramètres de la compensation établis ex-ante publics (cf. 2 ^{ème} critère Altmark) Modalités pour prévenir et corriger les éventuelles surcompensations (cf. 3 ^{ème} critère Altmark)
Proportionnalité	Absence de surcompensation des coûts nets de SIEG Absence de subventions croisées au profit des activités en dehors du SIEG	<i>Critère (ii) ci-dessus:</i> Adéquation de la compensation à ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts encourus pour l'accomplissement des obligations de service public (cf. 3 ^{ème} critère Altmark) Comptabilité séparée et absence de subventions croisées au profit des activités en dehors du SIEG <i>Critère (iii) ci-dessus:</i> Contrôle de la surcompensation par les autorités publiques

(168) Dans le cas d'espèce, les différentes mesures de support financier accordées par les pouvoirs publics en faveur des H-IRIS s'étalent sur une longue période, les bases juridiques respectives datant d'avant ou d'après l'entrée en vigueur des dispositions contenues dans le Paquet SIEG en 2006, selon le cas. Partant, les critères définis par la jurisprudence sur l'application de l'Article 86, paragraphe 2, du Traité sont applicables à l'ensemble des mesures, alors que les critères plus détaillés du Paquet SIEG (notamment les exigences complémentaires par rapport à ceux requis par la jurisprudence applicable sous le critère (i) et le critère (iii) sont applicables à partir du 29 novembre 2006.

(169) La Commission examinera donc ci-après si, au cours de la période couverte par la présente investigation, les critères de compatibilité découlant de la jurisprudence communautaire et du Paquet SIEG sont remplis dans le cas d'espèce.

5.3.1. Nécessité des mesures d'aide

(170) Tel que précisé par la jurisprudence communautaire, "*l'État membre dispose d'une large marge d'appréciation non seulement quant à la définition d'une mission SIEG, mais également concernant la détermination de la compensation des coûts, qui dépend d'une appréciation de faits économiques complexes*"¹⁶¹. La compensation doit correspondre aux surcoûts réellement supportés par l'opérateur chargé d'un SIEG, exigence qui suppose nécessairement une certaine transparence et une certaine objectivité des critères de la compensation.

¹⁶¹ Voir, en ce sens; le point 214 de l'arrêt BUPA, précité; dans le même sens, arrêt FFSA e.a./Commission précité, points 99 et 100.

(171) Pour que les compensations en examen respectent les conditions posées à ce titre par la jurisprudence, il faut que les paramètres des coûts soient clairement définis par avance par les autorités publiques. Toutefois, les exigences communautaires ne requièrent pas de fournir un calcul détaillé et un montant exact de la compensation établi en avance. Les autorités publiques doivent indiquer les paramètres de compensation en référence aux coûts éligibles, afin de permettre aux institutions communautaires compétentes d'exercer leur contrôle sur l'adéquation de la compensation accordée. Le mandat doit donc inclure les éléments de base nécessaires pour le calcul de la compensation future¹⁶². Les Etats membres restent libres de fixer des paramètres de leur choix, afin de faciliter notamment la planification financière, pour autant que la méthode choisie réponde aux exigences communautaires en la matière.

5.3.1.1. Définition et Mandatement

(172) La première partie du critère de compatibilité sous examen, concernant la définition et le mandatement des obligations SIEG, coïncide largement avec le premier critère concernant l'existence de l'aide au sens de l'arrêt Altmark, examiné plus haut. A ce titre, la Commission renvoi à l'analyse développée au point 5.2.1 ci-dessus.

(173) La Commission rappelle par ailleurs que le fait que certaines des obligations de service public des hôpitaux en cause soient fixées pour une durée indéterminée ne soulève pas de problème en soi par rapport aux exigences du droit communautaire. En effet, tel que la pratique décisionnelle de la Commission¹⁶³ et la jurisprudence de la Cour ont constamment mis en avant, les Etats membres disposent d'une large marge de manœuvre dans la définition d'un service, en y attribuant des missions SIEG discrétionnairement pour une durée déterminée ou indéterminée, selon les besoins. Par ailleurs, le maintien de l'ensemble de ces missions, ainsi que l'accès aux compensations correspondantes, sont assujettis au respect des conditions énumérées dans les différentes bases juridiques applicables et sont révocables.

(174) La Commission rappelle également que, au titre d'une pratique et une jurisprudence communautaire constante, le fait que les éléments du mandatement soient fixés dans différents actes législatifs ou réglementaires, ou que certains de ces éléments, tel que le territoire couvert par les missions de SIEG, découlent de l'ensemble des textes applicables, conformément au but visés par ceux-ci, sans y être spécifiquement précisés, ne saurait mettre en question le respect du critère de compatibilité sous rubrique.

5.3.1.2. Paramètres de la compensation établis ex-ante

(175) La Commission observe que dans l'espèce, les bases sur lesquelles les pouvoirs publics compétentes financent les hôpitaux sont clairement définies au travers des actes législatifs et réglementaires.

(176) Ainsi, les missions de service public hospitalières générales sont régies par la LCH et l'Arrêté Royal du 25 avril 2002 (concernant le financement par le BMF), complétés par les dispositions de l'Ordonnance du 8 avril 1993 et du 2 mai 2002 concernant le FRBRTC. L'Article 87 de la LCH prévoit que le BMF est fixé pour chaque hôpital

¹⁶² Par exemple – que la compensation sera déterminée sur la base d'un prix par jour, par soins basé sur une estimation du nombre d'usagers potentiels, voire autrement.

¹⁶³ JO C 186, 08.08.2009, p. 2-3, concernant la Décision du 17.06.2009 de la Commission autorisant l'aide d'Etat N 582/2008.

distinctement par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions, dans les limites d'un budget global pour le pays, fixé par arrêté royal. Le montant du budget dégagé annuellement dans le budget national pour les hôpitaux belges est réparti entre ces derniers selon les conditions et modalités de calcul prévues par la LCH et ses arrêtés d'exécution, sur base de critères objectifs (tel qu'il a été déjà indiqué plus haut au point 2.2 de la présente décision)¹⁶⁴. La base de la répartition est définie à l'Article 97 de la LCH, alors que les conditions et les modalités de calcul de la compensation sont reprises en détail dans l'Arrêté Royal du 25 avril 2002¹⁶⁵. Sur cette base juridique, la Commission observe que les missions de SIEG dévolues au niveau fédéral de manière similaire envers tout hôpital, public ou privé, bénéficient d'un système de compensation établi de façon identique pour tous les prestataires¹⁶⁶.

- (177) Au sujet de la compensation des déficits découlant des missions de service public hospitalières accordées aux seuls hôpitaux publics, y compris les H-IRIS, en application de l'Article 109 de la LCH, la Commission note que la LCH établit clairement par avance les critères de compensation, en précisant également les modalités spécifiques de la compensation des pertes éligibles des hôpitaux publics¹⁶⁷. Cette compensation s'applique uniquement aux déficits découlant des activités hospitalières, qui constituent des activités de service public. Par ailleurs, l'Article 109 de la LCH existe depuis 1987 et le principe de la prise en charge des déficits des hôpitaux publics par les communes remonte à la loi du 28 décembre 1973 relative aux propositions budgétaires 1973-1974, ce qui conforte ultérieurement l'exigence d'une définition préalable de cette compensation. Tel que décrit dans la présente décision, la LCH institue donc un mécanisme de compensation supplémentaire, défini à l'avance, pour les hôpitaux publics du pays. La compensation des déficits hospitaliers des hôpitaux publics existe notamment en vertu du fait que les compensations accordées par le biais de la BMF sont fondées, non pas sur base des coûts réels encourus par chaque prestataire, mais par référence à la moyenne au sein d'un groupe d'hôpitaux comparables. Ceci peut entraîner dès lors une sous-compensation des prestataires des services publics supportant des coûts de service public supérieurs à la moyenne qui ne sont pas pris en charge par le BMF¹⁶⁸. Dès lors, la compensation des déficits hospitaliers accordée aux H-IRIS dans la limite des coûts effectivement encourus (et pas encore compensés) pour l'exécution des missions de service public imparties par la LCH est nécessaire, non seulement pour compenser les coûts effectivement encourus et non compensés par le BMF pour la

¹⁶⁴ Le montant alloué dépendra de critères tels que la taille et du niveau d'activité de l'hôpital, des éventuelles missions particulières confiées à l'hôpital, du nombre de services agréés dans l'hôpital.

¹⁶⁵ Conformément à l'article 97 de la LCH, les points suivants doivent notamment être déterminés dans l'arrêté royal: la période d'octroi du budget; la scission du budget en une partie fixe et une partie variable; les critères et les modalités de calcul, en ce compris la fixation des activités justifiées et les modalités d'indexation; en ce qui concerne la partie variable, l'indemnisation des activités par rapport à un nombre de référence qui sont réalisées en plus ou qui ne sont pas réalisées; la fixation du nombre de référence visé au point d), concernant les paramètres d'activités pris en considération; les conditions et les modalités de révision de certains éléments; le décompte sur la base des années antérieures, tel que visé à l'article 104quater de la LCH.

¹⁶⁶ Sur ce point, les plaignants ne formulent pas d'objections explicites.

¹⁶⁷ Au passage, la Commission note que les plaignants ne formulent des réserves explicites concernant l'application de cet article qu'uniquement à l'encontre des H-IRIS, mais pas des autres hôpitaux publics du Royaume.

¹⁶⁸ De fait, eu égard au système de compensation en place, tous les hôpitaux – privés ou publics – sont compensés sur la base d'un coût moyen qui intègre tant ceux supportés par les prestataires les plus vertueux ou grevés de coûts moindres, que ceux des prestataires les moins vertueux ou grevés de coûts plus élevés. Ce système pourrait générer une surcompensation des coûts réels encourus par les hôpitaux les plus efficaces (ou ayant des coûts plus faibles), tandis que les prestataires les moins efficaces ou grevés de coûts plus élevés pour d'autres raisons sont mécaniquement sous-compensés. La compensation sur base du coût moyen laisse inévitablement un déficit dans les comptes des prestataires les moins vertueux ou aux coûts les plus élevés, parmi lesquels on compte les hôpitaux publics dont les H-IRIS.

réalisation de ces missions dues à la LCH. De plus, cette compensation des déficits s'avère nécessaire pour des raisons d'ordre sanitaire et social en vue d'assurer la continuité, la viabilité et le bon fonctionnement du système hospitalier qui ne saurait vraisemblablement fonctionner en présence d'un nombre limité de seuls hôpitaux privés.

- (178) Au sujet de l'aide à la restructuration accordée en 1995 par la Région aux Communes via le FRPRTC, la Commission observe que cette aide concerne des missions de service publics hospitalières, prestées avant 1996 par les hôpitaux publics des CPAS concernés, dûment définies et mandatées par les pouvoirs publics compétents. Cette aide à la restructuration concernait notamment l'apurement d'un déficit antérieur, en application de l'Article 109 de la LCH, pour la période allant de 1989 à la date de la restructuration. Par ailleurs, la Commission remarque que l'aide a été accordée sur base de dispositions législatives datant de 1994 et 1995 conférant, à partir de cette date un droit irrévocable au financement et à sa mise en irrécouvrable en juin 1996, en faveur des Communes concernées. L'éventuel paiement différé de l'aide n'affecte pas l'existence de ce droit à une date antérieure. Cette aide a été octroyée par la Région aux pouvoirs publics locaux et n'a bénéficié aux hôpitaux publics des CPAS de l'époque que de manière indirecte, car les hôpitaux bénéficiaires n'avaient pas de personnalité juridique propre, dès lors les bénéficiaires de l'aide sous rubrique étaient les CPAS de tutelle. Cette compensation ponctuelle a été calculée sur la base des coûts des missions de service public hospitalières des hôpitaux de l'époque, répondant dès lors à l'exigence de la définition par avance des paramètres de la compensation.
- (179) Concernant les missions de service public hospitalières spécifiques des H-IRIS, telles que décrites plus haut au paragraphe 48 du point 2.2.2. de la présente décision, ces missions concernent des activités déterminées par avance, dont les surcoûts sont clairement identifiables par avance, même si le coût total exact ne peut être fixé que *a posteriori*. Dans la mesure où ces surcoûts entraînent des déficits, ces derniers sont pris en charge par les pouvoirs publics mandataires, en tant que déficits hospitaliers, sur base de l'Article 109 de la LCH.
- (180) Pour ce qui concerne les missions de service public non hospitalières des H-IRIS déléguées par les CPAS, *i.e.* les missions sociales, les paramètres des compensations accordées à ce titre sont essentiellement régis par la loi du 8 juillet 1976 et l'Ordonnance du 13 février 2003 (concernant les CPAS), tel qu'exposé au point 2.3.1 de la présente décision. Ces missions sociales sont financées *in fine* par la Région par le biais des communes au travers du système de financement défini par ladite Ordonnance et les conventions conclues par le Gouvernement de la Région Bruxelles-Capitale avec les communes associées aux hôpitaux publics. Ainsi, conformément à cette Ordonnance, le Gouvernement de la Région de Bruxelles-Capitale peut accorder chaque année des subventions spéciales, en faveur des communes de la Région de Bruxelles-Capitale, destinées à la réalisation de tâches d'intérêt communal. Le budget annuel est fixé au niveau régional de manière forfaitaire, à € 10 millions, et est adopté par le Parlement bruxellois chaque année par le biais d'ordonnances. Ce budget couvre des coûts non pris en compte dans le BMF. Ces missions sociales concernent des activités dont le contenu est déterminé par avance, et détaillé dans les plans stratégiques IRIS. Il résulte que les paramètres de coûts sont également déterminables par avance.

(181) En ce qui concerne l'obligation de bilinguisme, ce type de mission ne bénéficie d'aucun financement spécifique par le BMF. Les surcoûts de ces obligations indissolublement liées aux SIEG hospitaliers et non-hospitaliers des H-IRIS sont donc pris en charge en cas de déficit par les pouvoirs publics compétents par le biais de l'Article 109 de la LCH.

5.3.1.3. Modalités pour prévenir et corriger les éventuelles surcompensations

(182) Le système de financement des missions de service public hospitalières générales dévolues à tout hôpital public ou privé, régi par la LCH et les arrêtés applicables au cours de la période sous revue (y compris l'Arrêté Royal du 25 avril 2002 concernant le BMF), prévoit la compensation des coûts d'exploitation des hôpitaux, tels que visés par l'Arrêté Royal. Cette compensation est déterminée pour des catégories définies d'hôpitaux sur base des coûts moyens, par référence à la moyenne au sein d'un groupe d'hôpitaux comparables. Cette compensation n'est donc a priori pas basée sur les coûts réels encourus par chaque prestataire de services publics hospitaliers. Partant, le mécanisme en tant que tel ne garantit l'absence de surcompensation *a priori* que dans le cas où les hôpitaux bénéficiaires ont des coûts réels supérieurs ou égaux aux coûts moyens utilisés par référence pour déterminer le montant de la compensation à ce titre.

(183) Le principe du remboursement des surcompensations de coûts liés à des missions de service public est fondé sur les Articles 55 et suivants de la loi sur la comptabilité de l'État, les Articles 11 à 14 de la loi du 16 mai 2003 fixant les dispositions générales applicables aux budgets, au contrôle des subventions et à la comptabilité des communautés et des régions, ainsi qu'à l'organisation du contrôle de la Cour des comptes; les Articles 92 à 95 de l'ordonnance du 23 février 2006 organique portant les dispositions applicables au budget, à la comptabilité et au contrôle. Des dispositions similaires sont contenues dans la loi du 14 novembre 1983 relative au contrôle de l'octroi et de l'emploi de certaines subventions.

(184) Les paramètres de calcul et les modalités de compensation prévues par le BMF sont destinés à couvrir les frais résultant de l'hospitalisation – notamment les coûts d'exploitation qui tiennent uniquement compte des soins hospitaliers¹⁶⁹ correspondant donc aux missions d'intérêt général confiées par la LCH. L'intervention de l'État, conformément à la LCH et à l'Arrêté Royal du 25 avril 2002, ne porte donc que sur une partie des coûts de l'hôpital, plus précisément ceux répondant aux missions de service public hospitalières confiées (les soins en hospitalisation et hospitalisation de jour)¹⁷⁰.

¹⁶⁹ Au titre de l'Article 88 de la LCH: "*§1. Le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions peut, pour un ou pour plusieurs services, sections, fonctions ou programmes de soins hospitaliers, fixer un budget distinct moyens financiers. §2. Les règles plus précises pour l'application de cet article sont fixées par le Roi, après avis du Conseil national des établissements hospitaliers, section financement. Il détermine notamment quels articles du présent chapitre sont applicables, en tout ou en partie, aux budgets distincts visés à l'alinéa 1er, et ce moyennant les adaptations qu'il juge nécessaires*". Des précisions supplémentaires dans ce sens sont apportées par le texte de l'Arrêté Royal du 10 juillet 2008 portant coordination de la loi relative aux hôpitaux et à d'autres établissements de soins - Article 95.

¹⁷⁰ Les Articles 100 et 101 de la LCH précisent:

Art. 100. "*§1. Lorsque l'hospitalisation donne lieu à une intervention, soit des organismes assureurs tels que visés dans la loi coordonnée du 14 juillet 1994 relative à l'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, (...) soit d'un centre public d'aide sociale en faveur des indigents, l'Etat octroie un subside de 25 p.c. du budget des moyens financiers, fixé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions. §2. Sans préjudice de l'application des dispositions de l'article 37§7 de la loi coordonnée précitée, la partie restante du budget des moyens financiers fixé par le Ministre qui a la Santé publique dans ses attributions est, selon le cas, à charge, soit des organismes assureurs, (...), soit des centres publics d'aide sociale. §3. La proportion fixée aux alinéas §1 et §2 s'applique tant à la partie du budget des moyens financiers liquidée en douzièmes, (...), qu'à la partie du budget des moyens financiers*

Sur base de la LCH, tous les hôpitaux, publics ou privés, sont financés sur la base de règles identiques.

- (185) Les coûts hospitaliers recouvrent des activités relevant de l'hospitalisation, *i.e.* l'hôtellerie, repas, buanderie, administration, ainsi que le personnel infirmier et soignant, le matériel médical et non médical nécessaire en bloc opératoire, stérilisation et services hospitaliers (de la table d'opération au lit). Ces coûts sont financés par le BMF. La compensation accordée par l'Etat fédéral à ce titre est forfaitaire et ne concerne que l'hospitalisation, y compris l'hospitalisation de jour: les frais d'investissement (immeuble, matériel médical et non médical) et frais financiers y afférents (sous-parties A1 et A2 du BMF), les frais d'investissement et de fonctionnement du matériel médical lourd (sous-parties A3 et B3 du BMF), les frais de fonctionnement des services hospitaliers et services "communs" et couvertures des coûts des obligations légales y afférentes (sous-parties B1, B4, B6 et B9 du BMF), les frais de personnel infirmier et soignant (sous-partie B2 du BMF), les frais de fonctionnement de l'officine hospitalière (sous-partie B5 du BMF), ainsi que la recherche et la prise en charge d'un public défavorisé (sous-parties B7 et B8 du BMF). Il en ressort que les financements accordés par l'État sont directement liés à l'exercice des missions de service public hospitalières confiées.
- (186) Concernant plus particulièrement la compensation accordée aux hôpitaux éligibles en raison des caractéristiques présentés par les patients à profil social et financier défavorisé, au titre du budget indiqué à la sous-partie B8 du BMF, la Commission note que l'octroi de ce type de financement est estimé et fondé sur un ensemble de critères objectifs, tenant à différents ratios sur la base desquels sont déterminés plusieurs catégories de patients sociaux donnant accès à cette compensation décrite au point 40 de la présente décision. La mise à jour des critères de compensation de la sous-partie B8 du BMF respectifs résulte donc de l'application de dispositions légales spécifiques objectives, en conséquence de l'évolution des critères posés par le législateur notamment au regard de la situation du marché.
- (187) Au titre de l'appréciation du fonctionnement général du système, la Commission observe que ce dernier contient des mécanismes de mise en œuvre et de vérification visant à éviter une éventuelle compensation dépassant le montant des coûts réels effectivement encourus par les H-IRIS. En effet, en ce qui concerne l'ensemble des missions de service public hospitalières des H-IRIS, le calcul des budgets est réalisé de manière provisionnelle, sur la base des données comptables des hôpitaux concernés collectées au cours des années précédentes¹⁷¹. Le montant du BMF s'inscrit dans un cadre budgétaire strict qui ne peut être dépassé, confiné à un plafond maximum correspondant au budget global du pays, le respect de cette enveloppe préalablement établie étant garantie par des provisions légales¹⁷². Le BMF est fixé en avance sur la base des données connues, et c'est lors de la prise de connaissance des données réelles de l'exercice concerné, que

versée sur la base d'un paramètre d'activité (...), et à la partie (...) qui sert de base pour la fixation d'un prix par paramètre."

Art. 101. "Le pourcentage visé à l'article 100, alinéa 1er peut être modifié par le Roi, par arrêté délibéré en Conseil des Ministres, pour la totalité du budget des moyens financiers (...) ou pour certains de ses éléments."

¹⁷¹ L'Article 104 de la LCH prévoit: "Le Roi détermine les conditions et les modalités suivant lesquelles les subsides sont liquidés. Il peut prescrire notamment que des avances sur ces subsides soient liquidées directement aux hôpitaux". L'intervention publique dans le BMF est liquidée sous forme de "douzièmes". En effet, chaque hôpital reçoit chaque mois, et ce à partir du 1er juillet de chaque année jusqu'au 30 juin de l'année suivante, un montant par mois qui correspond à l'intervention publique dans son budget individuel réparti sur 12 mois.

¹⁷² Article 88 de la LCH, tel que supplémenté par les Articles 102 et 104 de la LCH.

certains éléments du budget sont revus *a posteriori* pour tenir compte des coûts réels. L'Article 92 de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002 fixe les éléments qui sont soumis d'office à révision¹⁷³. Le mécanisme dit de "montants de rattrapage" mis en place par la LCH et les dispositions réglementaires d'application permet de reporter sur le budget de l'année suivante les différences éventuelles entre le montant total des prix de journée facturés au cours d'une année par rapport à ce qui était prévu initialement au budget, de manière qu'en cas d'excédent éventuellement perçu par l'hôpital, le montant de son budget pour l'année suivante soit dégrèvé d'autant, et inversement, en cas de manque à gagner pour l'hôpital pour une année donnée, le montant de son budget soit augmenté d'autant pour l'année suivante¹⁷⁴. Par ailleurs, au titre des règles d'établissement du BMF, la sous partie C2 concerne notamment les coûts relatifs à des exercices précédents ou en cours qui sont rectifiés par des montants de rattrapage. En outre, il existe des mécanismes permettant d'éviter la double compensation des coûts relatifs à la prestation des missions de SIEG en question – notamment à travers l'exclusion des amortissements sur des actifs immobilisés ayant bénéficié de subsides accordés par les pouvoirs publics.

- (188) Concernant la compensation des déficits découlant de l'accomplissement des missions de service public hospitalières des hôpitaux publics par les pouvoirs publics compétents, fondée sur l'Article 109 de la LCH, la Commission observe que cette compensation est limitée au solde des coûts nets des services publics correspondants, qui n'ont pas été préalablement couverts par le BMF. Conformément aux exigences mise en avant par la jurisprudence communautaire, cette compensation des déficits rentre dans la limite de la compensation de cent pour cent des coûts nets éligibles, et éventuellement d'un bénéfice raisonnable. Le montant du déficit compensable étant arrêté par le Ministre fédéral ayant la compétence de la Santé publique, avec un retard de près de 10 ans, le mécanisme mis en place au niveau régional par le biais du FRBRTC a pour but d'avancer temporairement les montants nécessaires pour combler les déficits des hôpitaux publics bruxellois, dans l'attente de la fixation du déficit définitif par le Ministre fédéral compétent. En effet, l'Ordonnance de la Région Bruxelles-Capitale du 8 avril 1993, tel que réformée en 2002, prévoit que les financements accordés par la Région Bruxelles-Capitale par voie du FRBRTC financent directement les communes bruxelloises, et seulement de manière indirecte les hôpitaux relevant de la juridiction de ces dernières¹⁷⁵. L'Article 109 de la LCH pose les bases des conditions de l'utilisation du mécanisme d'avances. Les conventions signées entre le gouvernement régional, les communes, les CPAS et le FRBRTC stipulent que le FRBRTC s'engage à contribuer à l'équilibre général des finances des communes, par l'octroi de prêts leur permettant, *inter*

¹⁷³ L'Article 92 dudit Arrêté Royal concerne notamment (1) la Sous-partie A1 du BMF, sauf les charges d'amortissement fixées forfaitairement, les Sous-parties A3 et C1; (2) la mesure relative aux dispenses de prestations ainsi que le respect des différentes mesures relatives à l'augmentation du personnel dans les services hospitaliers; (3) la Sous-partie B4 en ce qui concerne les activités pour lesquelles un rapport est demandé; (4) la scission des parties fixes et variables; (5) pour les services Sp palliatifs, les unités de grands brûlés et les hôpitaux psychiatriques, l'indemnisation des activités par rapport au nombre de référence qui sont réalisées en plus ou qui ne sont pas réalisées; (6) l'ajustement à la réalité pour les hypothèses d'indexation de la Partie B utilisées lors de la communication du budget; (7) les corrections aux budgets des Sous-parties B1, B2 et B5 du BMF.

¹⁷⁴ En effet, ce mécanisme répond au besoin d'un rééquilibrage en raison de l'imprévisibilité des coûts exacts, qui varient avec le type de malades accueilli, la spécificité des pathologies et des soins prodigués au cours d'une période donnée. Il faut par ailleurs prendre en considération l'augmentation des coûts suite au fait que certains patients ne peuvent pas payer une participation prédéfinie, ce qui influe sur le montant des recettes perçues. Si cependant cela ne change pas la manière de laquelle les coûts sont générés (salaires payés, loyers, entretien etc.) ou peuvent être établis (par soins, par services, etc.), et donc n'altère en rien l'exigence de transparence dans l'estimation des coûts, cela signifie surtout que les H-IRIS prestataires ont dès lors à faire face à des coûts plus élevés.

¹⁷⁵ Le FRBRTC est institué en faveur des communes de la Région de Bruxelles-Capitale, et permet de couvrir les coûts encourus par les communes au titre des missions de service public qu'elles assument, dont les coûts résultant des déficits hospitaliers enregistrés par les hôpitaux relevant de leur juridiction.

alia, de verser aux hôpitaux de leur juridiction des avances visant à couvrir leurs déficits éventuels respectifs, tel que prévu par l'Article 109 de la LCH, et de participer au volet social résultant du plan financier et de la restructuration propre à l'hôpital concerné. Par ailleurs, ce financement est assorti de conditions contraignantes à l'adresse des communes. L'avance ainsi accordée par la Région aux hôpitaux publics relevant de la juridiction des communes en question est temporaire : dès que les comptes sont définitivement arrêtés par le Ministre compétent, donc dès que le "déficit Article 109" est arrêté et que le paiement est décidé par voie d'arrêté ministériel au niveau fédéral, la commune a l'obligation d'intervenir pour combler ce déficit à ce moment. L'organisme financier relevant prélève, d'office, directement, la partie du "déficit Article 109" à charge des pouvoirs publics associés (les communes), sur le compte de la commune concernée, au profit de l'hôpital en cause et ce montant est immédiatement transféré aux hôpitaux, qui le jour même restituent aux communes les avances reçues à titre temporaire par le biais du FRBRTC. Dans l'éventualité où le déficit hospitalier des hôpitaux en cause serait plus important que le déficit arrêté par le Ministre fédéral ayant la compétence de la Santé publique sur la base de l'Article 109 de la LCH, le solde du déficit hospitalier reste à charge des pouvoirs publics compétents.

- (189) En outre, la définition des déficits elle-même contient des dispositions visant à éviter une surcompensation par la prise en compte indue de coûts inéligibles. En effet, les arrêtés royaux définissant les critères pour la fixation des déficits des hôpitaux¹⁷⁶ précisent que n'est pas pris en considération pour la fixation du montant du déficit, parmi d'autres, le montant du rattrapage estimé de l'exercice, repris au même arrêté, du compte de résultats est, le cas échéant, rectifié s'il n'a pas été établi conformément aux dispositions de l'Arrêté Royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du BMF.
- (190) Concernant les missions de service public hospitalières spécifiques, la Commission remarque que les obligations incombant aux H-IRIS à ce titre relèvent du même régime de financement décrit plus haut, dans la mesure où elles concernent des missions de service public hospitalières recouvrant des activités et de soins de santé éligibles au sens de la LCH. Dans l'éventualité où une mission de service public hospitalière ne serait pas couverte par la LCH, la prise en charge des éventuels surcoûts en résultant incomberait aux pouvoirs publics délégataires. En tout état de cause les compensations accordées suivent les principes décrits plus haut, y compris en ce qui concerne la limitation de la couverture des déficits à cent pour cent des coûts nets.
- (191) En ce qui concerne les missions sociales déléguées par les CPAS, la Commission note qu'en raison du statut des CPAS, ceux-ci sont des établissements publics assimilables aux pouvoirs publics, disposant de la faculté de déléguer leurs missions à d'autres entités, dans le cadre de leurs pouvoirs discrétionnaires, au même titre que les pouvoirs publics nationaux. En cette qualité, les CPAS bénéficient d'une marge de discrétion tant dans le choix du contenu de la délégation que dans le choix du délégataire – ils sont libres de conclure des conventions avec des personnes, des établissements ou des services qui disposent des moyens nécessaires pour réaliser les diverses solutions qui s'imposent afin d'assurer la continuité et la qualité de ce service social. La prise en charge par les CPAS des coûts découlant de la prestation de soins hospitaliers et des services sociaux prodigués aux patients n'est pas automatique dans la mesure où l'accès

¹⁷⁶ Les arrêtés royaux de référence au cours de la période écoulée, déjà cités: l'A.R. du 8 décembre 1986, modifié par l'A.R. du 10 novembre 1989 qui a été abrogé par l'A.R. du 8 mars 2006 qui est entré en vigueur le 12 avril 2006.

aux compensations est assujéti au respect des exigences énoncées par ces CPAS, ce qui permet d'éviter une éventuelle compensation indue.

- (192) Concernant le bilinguisme, la prise en charge des surcoûts découlant de ces obligations par les pouvoirs publics compétents est couverte par le mécanisme de l'Article 109 de la LCH, tel qu'exposé précédemment. Dès lors, l'éventuelle compensation est limitée à maximum au cent pour cent de ces surcoûts.
- (193) Sur la base des développements précédents, la Commission considère que la définition et l'organisation de l'ensemble des missions de service public imparties aux H-IRIS, ainsi que les critères, méthodes et la procédure régissant la détermination des compensations afférentes sont établis de manière conforme aux exigences communautaires, qu'il s'agisse des missions de service public hospitalières confiées à tout hôpital ou des missions spécifiques réservées aux hôpitaux sous question, ou encore des missions de service public non-hospitalières des H-IRIS, dans la mesure où ces dernières seraient considérées comme étant de nature économique. Le cadre légal applicable prévoit des modalités de remboursement des éventuelles surcompensations et des mécanismes de contrôle de la gestion financière des hôpitaux en cause permettent de vérifier et mettre à jour les compensations accordées aux H-IRIS au titre des missions de service public qui leur sont imparties. Dès lors, le premier critère de compatibilité, issu de la jurisprudence et repris dans le Paquet SIEG, doit être considéré rempli par les mesures en cause.

5.3.2. Proportionnalité des mesures d'aide

5.3.2.1. Adéquation de la compensation à ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts encourus pour l'accomplissement des obligations de service public

- (194) La Commission observe que, en accord avec la jurisprudence communautaire, au regard du pouvoir discrétionnaire dont dispose l'État membre quant à la définition d'une mission SIEG et aux conditions de sa mise en œuvre, y compris pour apprécier la détermination de la compensation des coûts et les surcoûts occasionnés par son exécution qui dépend de faits économiques complexes, la portée du contrôle que la Commission est habilitée à exercer sur la nécessité et le caractère proportionné de la compensation accordée est limitée à celui de l'erreur manifeste¹⁷⁷. La jurisprudence a par ailleurs précisé que "*concernant plus particulièrement le contrôle du caractère proportionné de la compensation pour l'exécution d'une mission SIEG, telle qu'établie par un acte de portée générale, (...) ce contrôle se limite à vérifier si la compensation prévue est nécessaire pour que la mission SIEG en cause puisse être accomplie dans des conditions économiquement acceptables (...), ou, inversement, si la mesure en cause est manifestement inappropriée par rapport à l'objectif poursuivi (...)*"¹⁷⁸.
- (195) La Commission tient plus particulièrement à rappeler que, conformément à la jurisprudence et à la formalisation de celle-ci reprise par les dispositions contenu dans le Paquet SIEG:

¹⁷⁷ Arrêt BUPA précité, point 220. Dans le même sens, arrêt du 27 février 1997, FFSA e.a. / Commission, aff. T-106/95, Rec. 1997, p. II-229, point 100, et arrêt du 15 juin 2005, Olsen / Commission, aff. T-17/02, Rec. 2002, p. II-2031, point 216.

¹⁷⁸ Arrêt BUPA précité, point 222.

- le montant de la compensation ne peut pas dépasser ce qui est nécessaire pour couvrir les 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;
- le montant de la compensation doit être effectivement utilisé pour assurer le fonctionnement du service d'intérêt économique général concerné. La compensation de service public utilisée pour intervenir sur d'autres marchés n'est pas justifiée et constitue donc une aide d'État incompatible;
- les recettes à prendre en compte doivent inclure tous les bénéfices et avantages conférés par l'État quelle qu'en soit la forme, indépendamment de leur qualification au regard de l'Article 87 du Traité;
- les coûts à prendre en considération englobent tous les coûts occasionnés par la gestion du service d'intérêt économique général. Sont pris en compte seulement les coûts liés aux activités correspondant aux missions de SIEG de l'entreprise en cause. Y sont inclus tous les coûts variables occasionnés par la fourniture dudit service, une contribution proportionnelle aux coûts fixes communs au service en cause et à d'autres activités, ainsi qu'un bénéfice raisonnable; les coûts liés aux investissements, notamment d'infrastructures, peuvent être pris en considération lorsque cela s'avère nécessaire au fonctionnement du service d'intérêt économique général;
- la comptabilité interne d'une entreprise qui réalise des activités qui se situent à la fois dans le cadre du service d'intérêt économique général et en dehors de celui-ci, doit indiquer séparément les coûts et les recettes liés à ce service et à d'autres services, ainsi que les paramètres de répartition des coûts et des recettes. Aucune compensation ne peut être octroyée pour les coûts liés à d'éventuelles activités en dehors du service d'intérêt économique.

(196) La Commission rappelle que, selon ce critère de compatibilité, le montant de la compensation ne doit pas nécessairement être défini à travers une procédure de marchés publics, ou à travers une comparaison des coûts d'une entreprise moyenne, bien gérée. Pour autant que l'autorité publique prouve que la compensation attribuée correspond aux coûts nets estimés sur la base des paramètres précisément définis dans le mandat, et qu'il n'y a aucune surcompensation, la compensation en question est considérée comme une aide d'État compatible avec les règles du Traité, dans la mesure où les autres conditions de compatibilité sont par ailleurs remplies.

(197) Conformément aux dispositions communautaires applicables, afin d'établir la proportionnalité des aides sous revue conformément à l'Article 86, paragraphe 2, du traité, la Commission doit vérifier que les compensations octroyées aux H-IRIS n'ont pas dépassé ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts supportés par ces entreprises du fait de l'exécution des obligations de service public, en tenant compte des recettes y relatives et d'un bénéfice raisonnable. Ces coûts sont les coûts réellement supportés par l'entreprise concernée.

- (198) Afin de vérifier le respect du critère de proportionnalité, la Commission a examiné pour chaque H-IRIS les résultats annuels des SIEG - qui sont les résultats des comptes couvrant les seules activités hospitalières et sociales, à l'exclusion des activités hors SIEG. Conformément aux exigences communautaires, ils ont été établis en prenant en compte toutes les recettes des SIEG sous revue – comprenant les recettes d'origine privée comme publique des SIEG, les financements octroyés par le BMF - ainsi que toutes les charges afférentes auxdits SIEG. Le résultat total pour chaque hôpital quant à lui est la somme pour chaque hôpital des résultats annuels des SIEG. Les compensations couvrent tant celles accordées par les pouvoirs publics au titre de couverture des déficits hospitaliers sur base de l'Article 109 de la LCH ainsi que celles accordées aux H-IRIS depuis 2003 au titre de compensation pour la réalisation des missions sociales déléguées. Les données relatives aux résultats et aux compensations des SIEG de chaque H-IRIS de 1996 à 2007 sont reprises dans le tableau ci-dessous.
- (199) La Commission rappelle que selon les principes du droit communautaire dans le cadre des aides d'Etat, les autorités publiques sont libres de compenser les prestataires de SIEG jusqu'à 100% des coûts nets y compris un bénéfice raisonnable, indépendamment de toute considération liée à l'efficacité. Dans le cadre de l'examen, globalement, on observe pour tous les H-IRIS une sous-compensation des SIEG au cours de la période¹⁷⁹, tel qu'illustré dans le tableau ci-dessous à la ligne solde non-couvert. Par ailleurs, sur base d'une analyse annuelle plus détaillée, on constate que seuls les hôpitaux Saint-Pierre, Huderf, HIS ont connu une surcompensation ponctuelle sur un ou deux exercices au cours de ladite période. Toutefois, la Commission observe que cette surcompensation a été systématiquement reportée sur la période suivante et déduite du montant de la compensation due pour cette dernière période, de sorte que ce report n'a pas excédé la limite de 10% de la compensation annuelle prévue par les dispositions du Paquet SIEG au cours de la période.

¹⁷⁹ Indépendamment de toute considération liée à l'efficacité, la Commission note que les résultats des H-IRIS sont affectés de manière significative par une exposition importante aux patients sociaux, aux surcoûts découlant des obligations de fournir une offre complète de services hospitaliers sur l'ensemble de leurs sites, aux retards du mécanisme fixant les montants de rattrapage ainsi que de fixation définitive des déficits et également par le choix des pouvoirs publics induisant les H-IRIS à recourir essentiellement au financement par la dette, à court et à long-terme, plutôt que par des fonds propres.

Tableau - Résumé des résultats et compensations des H-IRIS relatives aux SIEG 1996-2007

H-IRIS - Résultats des SIEG hospitaliers et sociaux et compensations 1996-2007 – en EURO						
Hôpitaux	CHU St Pierre	CHU Bordet	Huderf	CHU Brugmann**	HIS**	Total
Années						
1996	-[...]*	[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-12.158.243
1997	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-12.664.694
1998	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-5.719.544
1999	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-4.232.816
2000	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-13.957.563
2001	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-24.050.028
2002	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-25.587.747
2003	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-12.796.521
2004	-[...]	-[...]	-[...]	[...]	-[...]	-12.593.931
2005	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-16.388.628
2006	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-24.373.534
2007	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-18.732.553
Résultat total	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-183.255.802
Compensations totales	25.264.386	10.058.953	7.919.867	31.303.376	53.111.231	127.657.813
Solde non couvert	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-[...]	-55.597.989

* Chiffres consolidés pour toute la période pour l'ensemble des hôpitaux Brugmann et Brien qui ont fusionné en 1999.

**Chiffres consolidés pour toute la période pour l'ensemble des hôpitaux HIS né de la fusion en 1999 des hôpitaux d'Ixelles, Molière, Bracops et Baron Lambert.

(200) Concernant la restructuration hospitalière de 1995, qui visait à réduire les déficits futurs des hôpitaux publics, on note que les déficits hospitaliers sont de toute façon à charge des pouvoirs publics compétents et financés sur la base des mécanismes décrits ci-dessus, dans la limite des cent pour cent des coûts nets de service public hospitaliers. Au regard de la mise en créance irrécouvrable des financements avancés par le FRBRTC aux communes et visant la restructuration hospitalière, les autorités belges ont montré que ce financement de € 100 millions était non seulement conditionnel et révoquant, mais que surtout les communes ont respecté leurs plans financiers et que par ailleurs les hôpitaux publics H-IRIS nés en 1996 de la restructuration ont contribué au rééquilibrage de leur situation financière tel que requis en 1999¹⁸⁰. En outre, l'apurement des pertes en application de l'Article 109 de la LCH pour la période 1989-1993 s'élève à près de 95 millions tandis que le prêt – mis en créance irrécouvrable – pour la même période s'élève à près de € 98 millions, soit au total près de € 193 millions pour un déficit cumulé de près de € 200 millions. Il ne saurait être donc question d'une éventuelle surcompensation.

* Secret d'affaires. Le symbole "-[...]" remplace des chiffres négatifs.

¹⁸⁰ La Commission constate par ailleurs que, sur la base des informations fournies par les autorités belges, il résulte qu'en 1999 les hôpitaux des communes concernées ont atteint les objectifs financiers requis réduisant le déficit cumulé à moins de € 1.7 millions.

(201) Par ailleurs, le mécanisme d'avance sur déficit hospitalier institué par l'Ordonnance de 2002 modifiant l'Ordonnance de 1993 sur le FRBRTC ne permet que la couverture temporaire des déficits hospitaliers des H-IRIS, cette avance devant être remboursée lorsque le montant exact du déficit de l'hôpital est fixé, ce qui permet d'exclure toute surcompensation.

5.3.2.2. Comptabilité séparée et absence de subventions croisées au profit des activités en dehors du SIEG

(202) Afin de s'assurer de l'absence de surcompensation des missions de service public, la Commission rappelle qu'il convient d'examiner la répartition des coûts et des recettes entre les activités commerciales et les activités correspondant aux SIEG. Conformément à ce critère de compatibilité, pour qu'il y ait surcompensation, il faudrait qu'il soit vérifié en l'espèce que les différentes formes de compensation mises en cause couvrent des activités commerciales, sans se limiter aux obligations de service public.

(203) En effet, les entreprises fournissant un SIEG tout en effectuant d'autres activités commerciales, ont l'obligation spécifique d'établir une comptabilité séparée pour chaque activité distincte, afin de pouvoir démontrer que la compensation allouée ne dépasse pas les coûts nets précis du SIEG fourni et qu'ainsi aucune surcompensation n'existe. Les coûts à prendre en compte engloberont l'ensemble des coûts nets occasionnés par le service public économique, à savoir par les obligations définies dans les actes législatifs, qu'elles donnent lieu ou non à une compensation spécifique. La Commission rappelle par ailleurs que, si la comptabilité séparée pour une entité chargée de la prestation d'un SIEG et qui réalise également des activités non économiques n'est pas obligatoire de droit, néanmoins, les comptes internes devraient permettre l'identification des coûts liés à la fourniture du SIEG; dans le cas contraire, le montant de la compensation ne peut pas être établi.

(204) A ce titre, tel que déjà indiqué, les autorités belges ont fourni des informations montrant non seulement les financements publics accordés aux hôpitaux publics visés par la plainte mais aussi des informations démontrant que l'exigence communautaire concernant l'obligation de maintenir une comptabilité séparée, mettant en évidence les activités économiques et non économiques des hôpitaux visés a été respectée pendant l'ensemble de la période 1996 à 2007. En effet, les dispositions comptables applicables à tous les hôpitaux, y compris le plan comptable minimum hospitalier, prévoient la séparation expresse des coûts et recettes des activités de service public hospitaliers des ceux des autres activités, notamment celles de nature commerciale ou des autres missions de service public¹⁸¹.

(205) Concernant l'exigence de comptabilité séparée, tel qu'exposé au point 2.4.1., la Commission note que les dispositions légales applicables depuis 1988 concernant la comptabilité hospitalière et le plan comptable minimum normalisé, qui sont applicables à l'ensemble des hôpitaux, requièrent l'enregistrement comptable séparé des charges et produits relevant des SIEG et l'enregistrement des charges et produits ne relevant pas de ces missions de services publics. Partant, cette exigence doit être considérée comme remplie par les H-IRIS pour la période sous revue.

¹⁸¹ L'Arrêté Royal du 14 août 1987 définit aux articles 1 à 6 les conditions, le contenu et la répartition des charges et recettes entre les différentes activités de l'hôpital.

(206) Concernant l'absence de subventions croisées à la faveur des activités commerciales des H-IRIS par les compensations liées aux SIEG. La Commission observe que ces activités commerciales des H-IRIS sont d'entité marginale, au cours de la période sous elles ont compté pour 0.1% à 1% du chiffre d'affaire des hôpitaux. De plus, ces activités font l'objet d'une comptabilisation séparée et ces activités supportent les coûts directs et indirects correspondants, ainsi que les charges non imputables aux SIEG. Partant, cette exigence doit être considérée comme remplie par les H-IRIS pour la période sous revue.

5.3.2.3. Le contrôle de la surcompensation par les autorités publiques des États membres

(207) L'exigence supplémentaire par rapport aux critères posés dans la jurisprudence relative à l'application de l'Article 86, paragraphe 2, du Traité, prévue par les dispositions du Paquet SIEG prescrit que les États membres sont tenus de s'assurer de la mise en œuvre de contrôles réguliers de l'absence de surcompensation en faveur des entreprises bénéficiaires, par rapport au montant des coûts éligibles, déterminé conformément au critère précédent, et doivent par ailleurs prévoir des mécanismes de remboursement de toute surcompensation éventuelle.

(208) Concernant le contrôle des compensations accordées en raison des prestations fournies au titre des missions de service public hospitalières des H-IRIS, l'activité et les résultats financiers des H-IRIS sont assujettis à plusieurs contrôles internes et externes, ainsi qu'à des obligations d'information et suivi. Le contrôle effectué par les pouvoirs publics se fait à deux niveaux. Tout d'abord, un contrôle *a priori* est organisé sur la base d'une inspection financière d'un certain nombre de données et pièces comptables, avant l'octroi des compensations (chaque année). Un contrôle *a posteriori* est organisé périodiquement pour vérifier sur place l'exactitude des données financières communiquées par la suite, notamment par comparaison avec les données fournies *a priori* (sur plusieurs années). Par ailleurs, un contrôle des données médicales, qui sert à la détermination du niveau d'activité de l'hôpital, est aussi organisé¹⁸². En outre, les pouvoirs publics compétents archivent et conservent pendant plus de 10 ans les documents et éléments permettant de vérifier la compensation. Les comptes des hôpitaux en examen doivent par ailleurs faire l'objet d'un contrôle obligatoire exercé par un réviseur externe¹⁸³. Tout manquement à ces obligations est susceptible d'entraîner la révocation ou la suspension de la compensation.

(209) Par ailleurs, concernant les H-IRIS, l'Ordonnance du 19 décembre 1995 prévoit plusieurs mécanismes de contrôle et tutelle administrative¹⁸⁴, tenant aux spécificités de l'organisation de l'association faîtière qui a notamment un pouvoir de contrôle, et le cas échéant, de substitution, à l'égard des associations locales, *"afin d'assurer et de garantir la mise en œuvre de la stratégie générale et d'établissement définie par l'association faîtière, en particulier, dans les domaines financier et budgétaire, en matière de programmation et d'organisation des activités médicales ainsi que dans les secteurs de la logistique et des investissements"*, tandis que l'association faîtière est pour sa part soumise au contrôle de tutelle exercé par le Collège de la Commission communautaire commune réuni, en sus du Conseil d'Administration.

¹⁸² Il s'agit du Résumé clinique minimum enregistré par patient et par admission dans l'hôpital qui permet aux autorités de vérifier le nombre et le type d'admissions et d'interventions effectuées par chaque hôpital.

¹⁸³ Conformément aux articles 80 à 85 de la LCH.

¹⁸⁴ Notamment, les Articles 135quinquies à 135novies de l'Ordonnance du 19 décembre 1995 modifiée par l'Ordonnance du 20 décembre 2002 insérant un chapitre XII bis dans la loi du 8 juillet 1976 organique des CPAS.

- (210) La Commission note que la compensation de ces missions de service public sociales est fixée de manière forfaitaire à € 10 millions, ce montant étant, selon l'Etat belge, en tout état de cause inférieur au montant des coûts encourus, ce qui rend la présence d'une éventuelle surcompensation difficilement concevable. Ce financement est effectivement plafonné dans les limites des crédits budgétaires disponibles, et dans les limites établies dans l'Article 2 et l'Article 3§2 de l'Ordonnance du 13 février 2003 sur les CPAS, qui précisent d'une part que l'allocation annuelle est accordée "*dans la limite des crédits budgétaires disponibles*" et d'autre part que ces subventions "*seront égales à, au moins cinquante pour cent et, au plus à cent pour cent, du coût de la réalisation des tâches et des missions*". Par ailleurs, de nombreux mécanismes de contrôle sont mis en place afin de permettre la vérification de l'adéquation des financements reçus par les hôpitaux bénéficiaires aux besoins réels de ceux-ci en termes de prestations de services relevant des missions qui leur ont été imparties.
- (211) Tel qu'exposé ci-dessus, pour les H-IRIS la compensation des missions de service public hospitalières par le biais du BMF, basé sur la compensation des coûts d'une entreprise moyenne, combiné avec le mécanisme de l'Article 109 de la LCH permet de les compenser au maximum jusqu'à cent pour cent des coûts de SIEG réellement supportés et d'éviter ainsi une éventuelle surcompensation. En outre, le système de financement des obligations de service public correspondant aux missions sociales dévolues par les CPAS aux H-IRIS, dans la mesure où la compensation est dans tous les cas confinée au maximum à cent pour cent des coûts nets résultant de ces missions, ce système est apte à éviter l'octroi de surcompensations. Partant, la Commission conclut que les mécanismes de contrôle mis en place à différents niveaux, tant en ce qui concerne le contrôle des activités des H-IRIS que le contrôle des financements reçus, sont de nature à permettre de considérer que les exigences de compatibilité posées par le critère ci-analysé sont remplies pour l'ensemble de la période sous examen.
- (212) A la lumière de l'analyse qui précède, la Commission considère que le critère de proportionnalité est rempli par les mesures en cause.

5.4. Transparence

- (213) En matière d'aides d'Etat, la notion de transparence est régie par la Directive de la Commission relative aux relations financières entre les Etats membres et les entreprises publiques¹⁸⁵ (Directive Transparence). En vertu de cette Directive, dans le cas d'espèce les Etats membres doivent faire part de transparence d'une part dans les relations financières entre les pouvoirs publics et les entreprises chargées de la prestation de SIEG, et d'autre part de transparence vis-à-vis de la Commission. Au titre de cette obligation, les relations et les interventions des pouvoirs publics en faveur des prestataires de SIEG doivent être identifiables suivant les exigences introduites récemment par les Articles 1, 3, 4 et 6 de la Directive de la Commission 2006/111/CE du 16 Novembre 2006 qui est entré en vigueur le 20 Décembre 2006.

¹⁸⁵ JO L 195 du 29.07.1980, p. 35 Directive de la Commission 80/723/CEE du 25 juin 1980 relative à la transparence des relations financières entre les États membres et les entreprises publiques, telle que modifiée au cours de la période d'investigation, notamment par la Directive de la Commission 93/84/CEE (JO L 254, 12.10.1993, p. 16), la Directive de la Commission 2000/52/CE de la Commission du 26 juillet 2000 (JO L 193 du 29.07.2000, p. 75), la Directive de la Commission 2005/81/CE (JO L 312, 29.11.2005, p. 47) et abrogée par la Directive de la Commission 2006/111/CE du 16 Novembre 2006 (JO L 318 du 17.11.2006, p. 17).

- (214) Cette exigence de transparence imposée aux Etats membres est uniquement prévue afin de permettre à la Commission d'exercer valablement ses prérogatives en matière de contrôle des aides d'Etat, il ne s'agit pas d'une exigence de publicité d'informations couvrant également des secrets d'affaires comme semble le suggérer les plaignants lorsqu'ils indiquent qu'ils ne sont pas en mesure de vérifier l'adéquation des compensations reçues par les H-IRIS. A cet effet, la Commission relève que les hôpitaux belges, qu'ils soient privés ou publics ne connaissent pas en principe les montants reçus des pouvoirs publics par leurs concurrents et que par ailleurs leurs comptes ne sont pas publiés intégralement.
- (215) La Commission note qu'au cours de la période sous revue, différentes Directives ont été d'application¹⁸⁶. Cependant, tel qu'exposé dans cette décision, sur base des faits du dossier on note qu'au cours de la période sous revue les exigences fixées aux Articles 1 et 3 de la Directive ont été remplies. En effet, les fonds publics mis à dispositions des H-IRIS par les pouvoirs publics nationaux et locaux ressortent clairement des comptes, tant pour le financement des missions de service public hospitaliers que non hospitaliers; les mises à disposition de ressources publiques effectuées par le FRBRTC ressortent également clairement enfin l'utilisation effective de ces ressources publiques pour la couverture des surcoûts liés aux SIEG prestés par les H-IRIS est également clairement établie, tant pour ce qui a trait à la couverture des coûts d'exploitations, d'investissement et de restructuration que pour la compensation des déficits hospitaliers des H-IRIS sur base de l'Article 109 de la LCH.
- (216) En outre, tel qu'exposé plus haut, les exigences posées à l'Article 4 de la Directive précitée relatives à la tenue d'une comptabilité séparée pour les activités SIEG, ainsi que l'exigence d'allocation appropriée de l'ensemble des recettes et des charges aux SIEG est remplie.
- (217) Enfin, les autorités belges ont transmis à la Commission toutes les données nécessaires à son examen du dossier pour la période courant à partir de 1996, alors que l'exigence de comptabilité séparée n'a pris effet qu'à partir de 2002 et que d'autre part la Directive transparence n'exige la transmission de données que pour les 5 années suivant l'exercice au cours duquel les fonds publics ont été accordés. Partant, il faut conclure que l'exigence posée par l'Article 6 de la Directive transparence de 2006 a également été remplie, et ce pour toute la période couverte par la présente décision.
- (218) Au regard de ce qui précède, la Commission considère qu'au cours de la période sous revue, les mesures dont ont bénéficié les H-IRIS répondent aux exigences de la Directive relative à la Transparence, en particulier elles répondent par avance aux exigences définies de façon plus précise dans la dernière Directive. De surcroît, la Commission note la disponibilité des autorités belges à coopérer loyalement à l'instruction de ce dossier en communiquant des données relatives à des exercices antérieurs à ceux couverts par l'obligation de conservation des données comptables.

VI. DECISION

Sur base de l'analyse exposée ci-dessus, au cours de la période 1996-2007, et y compris l'aide à la restructuration de 1995, les H-IRIS ont bénéficié d'un ensemble de financements publics au titre de compensations des missions de SIEG hospitalières et non-hospitalières. Ces

¹⁸⁶ Voir la note de bas de page 183 ci-dessus.

financements constituent des aides d'Etat au sens de l'Article 87, paragraphe 1, du Traité. Les mesures sous revue tombent dans le champ d'application de l'Article 88, paragraphe 3, du Traité CE. Eu égard à leur conformité avec les dispositions du paquet SIEG de la Commission du 28 novembre 2005, la Commission note qu'à compter du 19 décembre 2005 ces mesures bénéficient de la dérogation d'obligation de notification prévue à l'Article 88, paragraphe 3, du Traité CE, tandis que pour la période précédente ces aides non notifiées doivent être considérées comme illégales. Cependant, toutes ces aides sont compatibles avec le marché commun, compte tenu de leur conformité aux exigences communautaires relatives aux aides d'Etat visées à l'Article 86, paragraphe 2, du Traité.

Dans le cas où cette lettre contiendrait des éléments confidentiels qui ne doivent pas être divulgués à des tiers, vous êtes invités à en informer la Commission, dans un délai de quinze jours ouvrables à compter de la date de réception de la présente. Si la Commission ne reçoit pas une demande motivée à cet effet dans le délai prescrit, elle considérera que vous êtes d'accord avec la communication à des tiers et avec la publication du texte intégral de la lettre, dans la langue faisant foi, sur le site Internet:

http://ec.europa.eu/community_law/state_aids/state_aids_texts_fr.htm

Cette demande devra être envoyée par lettre recommandée ou par télécopie à :

Commission européenne
Direction générale Concurrence
Greffé des aides d'État
J-70 3/232
B-1049 BRUXELLES
Fax: +32.2.296.12.42

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

Par la Commission

Neelie Kroes
Membre de la Commission

Tables des matières:

I.	Procédure.....	1
II.	Description	4
2.1.	Les hôpitaux publics H-IRIS bénéficiaires	4
2.1.1.	Situation avant 1996 et restructuration des hôpitaux publics bruxellois.....	4
2.1.2.	Situation à partir de 1996	5
2.2.	Missions de service public hospitalières des H-IRIS	6
2.2.1.	Définition et mandatement	6
2.2.1.1.	Missions de service public hospitalières générales	6
2.2.1.2.	Missions de service public hospitalières spécifiques aux H-IRIS.....	7
2.2.2.	Financement	9
2.2.2.1.	Montants reçus de l'assurance maladie invalidité	9
2.2.2.2.	Rétrocession de tout ou partie des honoraires des médecins hospitaliers	9
2.2.2.3.	Compensation des frais d'exploitation par le budget des moyens financiers ...	10
2.2.2.4.	Subsides à l'investissement	14
2.2.2.5.	Indemnités	14
2.2.2.6.	Financement des déficits des hôpitaux publics	14
2.3.	Missions de service public non-hospitalières des H-IRIS.....	16
2.3.1.	Missions sociales déléguées par les CPAS	16
2.3.1.1.	Définition et mandatement	16
2.3.1.2.	Financement	17
2.3.2.	Autres missions	18
2.3.2.1.	Définition et mandatement	18
2.3.2.2.	Financement	19
2.4.	Aide à la restructuration hospitalière de 1995.....	19
2.5.	Comptabilité et transparence.....	21
2.5.1.	Comptabilité	21
2.5.2.	Transparence	22
III.	Observations des autorités belges	23
3.1.	Les mesures contestées ne sont pas des aides d'Etat	24
3.1.1.	L'hôpital n'est pas une entreprise au sens du droit communautaire	24
3.1.2.	Absence d'avantage économique pour les hôpitaux.....	27
3.1.3.	Absence de distorsion de la concurrence	27
3.1.4.	Absence d'affectation des échanges intra-communautaires	28
3.2.	Les Services d'intérêt économique général	28
IV.	Observations des plaignants	28
V.	Appréciation.....	29
5.1.	Existence d'une aide d'état au sens de l'Article 87, paragraphe 1, du traité	30
5.1.1.	Mesure favorisant une entreprise au sens du droit communautaire	30
5.1.2.	Mesure imputable à l'Etat, utilisant des ressources d'Etat.....	34
5.1.3.	Mesure conférant un avantage économique sélectif, susceptible de fausser la concurrence	35
5.1.4.	Affectation des échanges intra-communautaires.....	37
5.2.	Existence d'une aide d'état au sens de l'arrêt Altmark.....	38
5.2.1.	Définition et mandatement des obligations de service public.....	39
5.2.1.1.	Missions de services publics hospitalières des H-IRIS	41
5.2.1.2.	Missions de service public non-hospitalières des H-IRIS.....	44

5.2.2.	Mandatement par procédure de marché public ou compensation basée sur analyse de coûts d'entreprise moyenne bien gérée	45
5.3.	Compatibilité au titre de l'Article 86, paragraphe 2, du Traité.....	46
5.3.1.	Nécessité des mesures d'aide.....	48
5.3.1.1.	Définition et Mandatement.....	49
5.3.1.2.	Paramètres de la compensation établis ex-ante	49
5.3.1.3.	Modalités pour prévenir et corriger les éventuelles surcompensations.....	52
5.3.2.	Proportionnalité des mesures d'aide	56
5.3.2.1.	Adéquation de la compensation à ce qui est nécessaire pour couvrir les coûts encourus pour l'accomplissement des obligations de service public.....	56
Tableau - Résumé des résultats et compensations des H-IRIS relatives aux SIEG 1996-200759		
5.3.2.2.	Comptabilité séparée et absence de subventions croisées au profit des activités en dehors du SIEG.....	60
5.3.2.3.	Le contrôle de la surcompensation par les autorités publiques des États membres	61
5.4.	Transparence	62
VI.	Décision.....	63