Autorité belge de la Concurrence

Le Collège de la concurrence de l'Autorité belge de la concurrence

Décision ABC-2023-C/C-50 du 21 décembre 2023 en application de l'article IV.66, §1, 2° et §2, 1° du Code de droit économique

Affaire n° CONC-C/C-23/0018 :

CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE ET PSYCHIATRIQUE DE MONS BORINAGE SCRL / ASBL POLE HOSPITALIER JOLIMONT

I. Procédure 4

II. Entreprises concernées 5

II.1 Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons Borinage (« CHUPMB ») 5

II.2 ASBL Pôle Hospitalier Jolimont (« PHJ ») 5

II.3 Entité issue de la Concentration 7

II.4 Les Parties notifiantes 7

II.5 Représentants 7

III. Proposition de décision 7

III. Opération de Concentration notifiée 7

III.1 Description de l'opération 7

III.2 Description des activités des Parties 8

III.3 Raisons stratégiques et économiques de la Concentration 8

III.4 Délais d'instruction après notification 9

III.5 Seuils 9

IV. Le secteur hospitalier 10

IV.1 Secteurs d'activités 10

IV.2 Contexte général 10

IV.2.1 Les hôpitaux 10

IV.2.2 La liberté de choix des patients 14

IV.3 Contexte réglementaire 15

IV.3.1 La programmation des hôpitaux 16

IV.3.2 L'agrément des hôpitaux 17

IV.3.3 Le financement des hôpitaux 17
IV.3.4 L'assurance obligatoire et les tarifs des soins de santé 20
IV.3.5 La qualité des soins de santé 22
V. Définition des marchés 23
V.1 L'offre de services hospitaliers 23
V.1.1 Marché de produits 23
V.1.2 Marché géographique 32
V.2 L'offre de soins ambulatoires 35
V.2.1 Marché de produits 35
V.2.2 Marché géographique 39
VI. Parts de marché et marchés affectés 40
VI.1 Méthodologie de l'ABC 41
VI.1.1 Introduction 41
VI.1.2 Détermination des zones de soins 42
VI.2 Le marché des hospitalisations 43
VI.2.1 Position des Parties 43
VI.2.2 Instruction 45
VI.2.3 Conclusion de l'auditeur 47
VI.3 Le marché des soins ambulatoires spécialisés 47
VI.3.1 Position des Parties 47
VI.3.2 Instruction 48
VI.3.3 Conclusion de l'auditeur 49
VII. Vue d'ensemble des marchés affectés 50
VIII. Analyse concurrentielle 50
VIII.1 Introduction 50
VIII.1.1 Généralités 50
VIII.1.2 Application au secteur hospitalier 52
VIII.2 Effets non-coordonnés 53
VIII.2.1 Analyse de l'impact de la Concentration sur les marchés locaux des hospitalisations 55
VIII.2.2 Analyse de l'impact de la Concentration sur les suppléments d'honoraires et les suppléments de chambre 68
VIII.2.3 Analyse de l'impact de la Concentration sur les marchés locaux des soins ambulatoires spécialisés 71
VIII.2.4 Analyse de l'impact de la Concentration sur le personnel soignant 75

VIII.3 Gains d'efficacité 79
VIII.3.1 Position des Parties....79
VIII.3.2 Appréciation au cas d'espèce 81
IX. Conclusion de l'auditeur sur les effets de la Concentration 81
X. Proposition de Décision....81
IV. L'appréciation du Collège 82
IV.1 Applicabilité des règles sur le contrôle des concentrations du livre IV CDE 82
IV.2 Remarques préliminaires relatives à la charge de la preuve et le cadre juridique d'appréciation .83
IV.3 Définition des marchés pertinents 83
IV.4 Identification des marchés affectés nécessitant une analyse économique 85
IV.5 Analyse concurrentielle 85
IV.5.1. Impact de la concentration sur les marchés locaux des hospitalisations 87
IV.5.2 Impact de la concentration sur les suppléments d'honoraires et les suppléments de chambres....89
IV.5.3 Analyse de l'impact de la concentration sur les marchés locaux des soins ambulatoires spécialisés....90
IV.5.4 Analyse de l'impact de la concentration sur le personnel soignant 90
IV.6 Conclusion du Collège sur les effets de la Concentration....91

I. Procédure

1. Le 31 mai 2023, l'Auditorat de l'Autorité belge de la concurrence (« ABC ») a été informé par le biais d'une note d'avocats d'un projet de concentration entre le Pôle Hospitalier Jolimont ASBL (« PHJ ») et l'intercommunale Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons Borinage (« CHUPMB »), mieux connu en tant qu'hôpital Ambroise Paré (« HPA ») (ensemble, « les Parties notifiantes » ou « les Parties ») (la « Concentration »).

2. Afin d'évaluer correctement l'importance et l'impact potentiel de la Concentration et avec l'accord des Parties notifiantes,[1] l'Auditorat a procédé à des entretiens et a envoyé des demandes de renseignements aux principaux concurrents et acteurs pertinents du secteur hospitalier (assureurs, mutualités, organisations professionnelles représentant les patients, les médecins ou le personnel soignant, régulateurs, etc.) pendant la phase de prénotification.

3. Des informations supplémentaires ont été demandées aux Parties notifiantes, notamment les 5, 20, 27, et 28 juin 2023 ainsi que les 5, 13, 14 et 29 septembre 2023. Ces informations ont été intégrées dans le formulaire de notification.

4. Les 13 et 21 juin 2023, le 25 septembre 2023 et le 12 octobre 2023, des réunions *state of play* ont eu lieu entre l'Auditorat et les Parties notifiantes.

5. Les Parties ont communiqué à l'Auditorat un premier projet de formulaire de notification en date du 16 octobre 2023.

6. Le 21 juin 2023, les Parties ont introduit une demande auprès du Président de l'ABC afin de bénéficier, en vertu de l'article IV.10, § 6 du Code de droit économique (ci-après « CDE »), d'une dérogation partielle à l'obligation prévue à l'article IV.10, § 4 CDE visant la suspension de la réalisation des opérations de concentration soumises au contrôle de l'ABC jusqu'à leur autorisation par le Collège de la concurrence de l'ABC.

7. En substance, les Parties ont demandé au Président de lever partiellement cette obligation de suspension et de les autoriser à passer tous les actes juridiques nécessaires à la clôture de la Concentration en date du 29 juin 2023. Les Parties se sont par ailleurs engagées à ne pas procéder à l'intégration opérationnelle de leurs activités avant d'avoir obtenu l'approbation par l'ABC de la Concentration, sauf à formuler une nouvelle demande de levée de l'interdiction de mise en œuvre.

8. Le 28 juin 2023, l'Assesseur désigné en l'absence de Président en vue d'examiner la possibilité d'octroyer une dérogation à l'interdiction de mise en œuvre[2] a décidé de lever partiellement l'obligation de suspension de la Concentration afin que les Parties puissent procéder à la passation de tous les actes authentiques requis le 29 juin 2023, à la condition qu'aucun acte irréversible et aucun acte de coordination ou d'intégration des activités hospitalières ne puissent être adoptés avant l'approbation de la Concentration par l'ABC.

9. Suite à cette décision, les actes authentiques requis ont été passés devant notaire le 29 juin 2023. Au terme de ces opérations, l'ASBL Helora a repris les activités hospitalières générales de PHJ, les activités

[1] Voir e-mail du 14 juin 2023 adressé à l'Auditorat, pièce I.C4.

[2] Dans la mesure où le Président et l'Assesseur Vice-Président de l'ABC n'ont pas encore été nommés, la tâche qui appartient au Président de l'ABC en sa qualité du Président du Collège de la concurrence d'octroyer sur base de l'article IV.10, § 6 CDE une dérogation à l'interdiction de mise en œuvre est exercée par l'Assesseur le plus âgé compte tenu de la langue de procédure (voir les articles IV.17, § 2 et IV.21, § 2 CDE).

hospitalières générales du secteur d'activité A du CHUPMB et l'ensemble des activités du centre de recherche médical de Jolimont de l'ancienne ASBL HELORA.

10. La Concentration a été formellement notifiée en date du 20 octobre 2023 auprès de l'auditeur général conformément à l'article IV.10, § 1er CDE.

11. Le même jour, Vasiliki Mitrias a été désignée par l'auditeur général en tant qu'auditeur chargée de la direction journalière de l'instruction en vertu de l'article IV.27, § 2 CDE. Adélaïde Nys, Laura Hubert, Sandrine Mathieu, Sara Nizet, et Cédric Jackers, tous attachés auprès de l'ABC, ont été ajoutés à l'équipe d'instruction sous la direction journalière de l'auditeur conformément à l'article IV.27, § 3 CDE. Jaime Coronado Hinojosa, Claire Bour, Baptiste Souillard et Bert Willekens, conseillers économiques, ont apporté leur concours à l'instruction.

12. Conformément à l'article IV.27, § 4 CDE, l'auditeur général a désigné Marielle Fassin, auditeur, en tant qu'auditeur-conseiller. L'auditeur-conseiller a fourni son avis en vertu de l'article IV.64, § 1er CDE.

13. Le 30 novembre 2023, l'Auditorat a envoyé aux Parties notifiantes et au Collège la proposition de décision motivée.

14. Le 18 décembre 2023, le Collège de la concurrence a entendu les Parties notifiantes, l'Auditorat ainsi que le directeur des affaires économiques et le directeur des affaires juridiques.

II. Entreprises concernées

II.1 Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons Borinage (« CHUPMB »)

15. Le CHUPMB, mieux connu sous l'appellation Hôpital Ambroise Paré (« HAP »), est une intercommunale ayant pris la forme d'une société coopérative immatriculée à la Banque-carrefour des entreprises (« BCE ») sous le numéro 0440.868.364 et dont le siège social est situé Boulevard Président Kennedy 2, 7000 Mons. Il gère un site hospitalier situé à cette même adresse.

16. Ses actionnaires sont des communes (Mons, Frameries, Jurbise, Saint-Ghislain, Colfontaine, Quaregnon), des autorités publiques non communales (CPAS Mons et Province du Hainaut) et des organisations sectorielles (Université Libre de Bruxelles, UMons, Ethias). Ainsi qu'il ressort du registre des actionnaires, leur participation est différente selon les secteurs d'activités concernés : alors que le secteur A, qui inclut les activités hospitalières générales liées au site « Ambroise Paré » ainsi que les centres de prélèvements sanguins et les polycliniques à Mons, est réservé aux communes, le secteur B (l'hôpital psychiatrique du Chêne aux Haies) et le secteur C (activités non hospitalières de type maison de repos, crèches, repas à domicile, etc.) sont ouverts aux autres actionnaires. La présente Concentration concerne uniquement le secteur A, et non les secteurs B et C.[3]

II.2 ASBL Pôle Hospitalier Jolimont (« PHJ »)

17. Le PHJ est une association sans but lucratif (ASBL) de droit privé immatriculée à la BCE sous le numéro 0401.793.596 et dont le siège social est situé Rue Ferrer (PAU) 159, 7100 La Louvière. Le PHJ regroupe et gère six sites hospitaliers répartis sur le territoire des provinces du Hainaut et du Brabant wallon.

18. En tant qu'ASBL, elle n'a pas d'actionnaires ou d'autres entités contrôlantes. Elle a quatre membres qui sont toutes des ASBL. Les soins hospitaliers généraux sont de loin l'activité principale de PHJ (environ

[3] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 15.

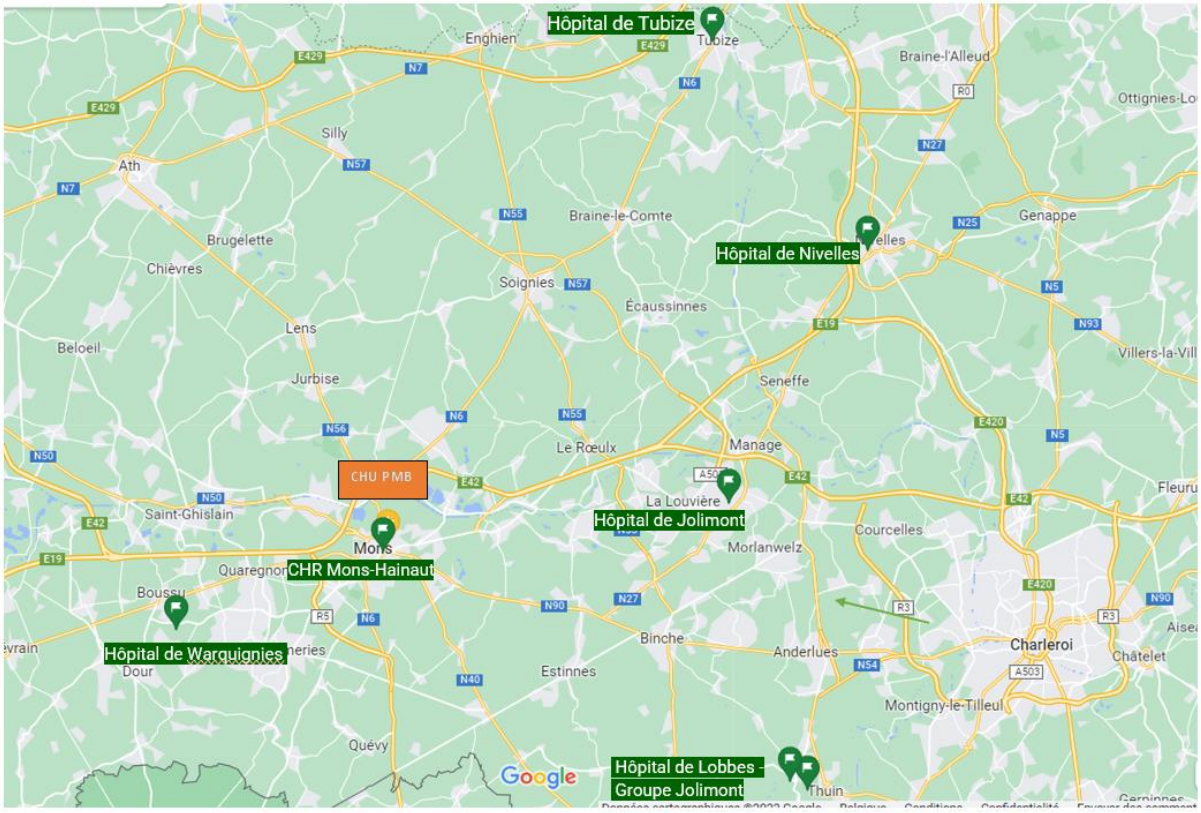
90% de son chiffre d'affaires). Elle a également une activité logistique (blanchisserie, repas, etc.) qui n'est pas concernée par la présente Concentration.[4]

19. Les six sites hospitaliers de PHJ sont regroupés par numéro d'agrément octroyé chaque fois pour deux sites du groupe Jolimont :

- Le site de Mons est situé à l'Avenue Baudouin de Constantinople 5, 7000 Mons (à moins d'un kilomètre du site de HAP) ; et
- Le site de Warquignies est situé sur la Rue des Chaufours 27, 7300 Boussu.
  Tous deux disposent du numéro d'agrément n°266.

- Le site de Jolimont est situé sur la Rue Ferrer, 159, 7100 Haine-Saint-Paul (La Louvière) ; et
- Le site de Lobbes est situé sur la Rue de la Station, 6540 Lobbes.
  Tous deux disposent du numéro d'agrément n° 146.

- Le site de Tubize est situé à l'Avenue de Scandiano 8, 1480 Tubize ; et
- Le site de Nivelles est situé sur la Rue Samiette 1, 1400 Nivelles.
  Tous deux disposent du numéro d'agrément n°346.



Carte créée par l'équipe d'instruction par le biais de l'outil Google Maps regroupant les sept sites des Parties, les 6 sites de PHJ (en vert) et le site du CHUPMB (en orange)

[4] *Ibid.,* § 16.

II.3 Entité issue de la Concentration

20. Par divers actes notariés du 29 juin 2023 réalisés suite à la décision de levée de l'obligation de suspension du 28 juin 2023, les activités hospitalières des Parties notifiantes ont été absorbées par l'ASBL CHU HELORA (« HELORA ») qui a repris l'ensemble des droits et obligations des Parties.[5]

21. Cette ASBL compte deux catégories de membres, à savoir des membres privés regroupés dans la catégorie A (l'ASBL Le Bosquet, l'ASBL La Charmille, l'ASBL Entraide Fraternelle Jolimont et l'ASBL Unité Jolimont) et des membres publics regroupés dans la catégorie B. L'intercommunale CHUPMB est le seul membre catégorie B.[6]

II.4 Les Parties notifiantes

22. Les activités hospitalières générales des Parties à la Concentration ont été transférées à la nouvelle entité issue de la Concentration par les actes notariés du 29 juin 2023.

23. Les Parties notifiantes sont :

- le « CHUPMB » ou « Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons Borinage » SCRL, avec le numéro d'entreprise 0440.868.364 et l'adresse de l'entreprise située Boulevard Président Kennedy 2, à 7000 Mons ;
- le « PHJ » ou « Pôle Hospitalier Jolimont » ASBL, avec le numéro d'entreprise 0401.793.596 et l'adresse de l'entreprise située Rue Ferrer (PAU) 159, 7100 La Louvière.

II.5 Représentants

24. Les Parties notifiantes sont représentées par Maîtres Pierre de Bandt, Tatiana Ghysels et Isaline d'Hoop de Synghem du cabinet De Bandt, dont les bureaux sont situés Avenue de l'Yser 19, 1040 Bruxelles.

III. Proposition de décision

25. Le 30 novembre 2023, l''auditeur a déposé la proposition de décision suivante : «

III. Opération de Concentration notifiée

III.1 Description de l'opération

23. La Concentration consiste en une opération de fusion entre les activités hospitalières générales de HAP et de PHJ au sein d'une nouvelle structure juridique prenant la forme d'une société coopérative intitulée « NEW HELORA » et constituée par acte du 10 mai 2023.[7]

24. A la suite de la passation des actes authentiques réalisant la fusion par absorption des activités hospitalières générales de PHJ et de CHUPMB le 29 juin 2023 par l'ASBL CHU HELORA, cette dernière a repris l'ensemble des actifs et passifs y relatifs à titre gratuit.[8] *Sur base d'une valorisation des actifs au 31*

---

[5] *Ibid.*, § 17.

[6] *Ibid.,* § 56 et Annexe 11 au Formulaire de notification (pièce I.O2.12).

[7] Voir Annexe 3 au Formulaire de notification (pièce I.O2.4), p. 4.

[8] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 55.

mars 2023, l'actif net transféré par PHJ s'élève à [redacted] euros. Quant à l'actif net transféré par le CHUPMB, il s'élève à [redacted] euros.[9]

25. A la suite de la passation des actes authentiques, l'ASBL PHJ a été liquidée. Quant au CHUPMB, outre sa participation en tant que membre catégorie B dans HELORA, cette intercommunale a pour principal actif l'hôpital psychiatrique du Chêne aux Haies.

III.2 Description des activités des Parties

26. Le CHUPMB est un hôpital général à caractère universitaire de nature publique, c'est-à-dire géré par une autorité publique (des communes), des autorités publiques non communales (CPAS Mons et Province du Hainaut) et des organisations sectorielles (Université Libre de Bruxelles, UMons, Ethias). Il couvre un seul agrément, l'agrément n° 254 pour le site de Mons situé Boulevard Kennedy, 2, 7000 Mons. Les activités d'hôpital psychiatrique du CHP Chêne aux Haies ne faisant pas partie des activités transférées à l'entité issue de la Concentration, ces dernières ne sont pas décrites plus avant.

27. Le PHJ est un hôpital général de nature privée organisé en ASBL. Il regroupe trois agréments : l'agrément n° 346 pour les sites de Nivelles et Tubize, l'agrément n° 266 pour les sites de Warquignies et Mons et l'agrément n° 146 pour les sites de La Louvière et Lobbes.

28. Le CHUPMB et le PHJ ont fusionné leurs activités hospitalières générales.

29. Les hôpitaux généraux « classiques » sont décrits comme des hôpitaux qui « accueillent les patients aussi bien de jour que de nuit pour des soins médicaux spécialisés ».[10] *Ce type d'hôpital s'oppose aux hôpitaux généraux universitaires qui offrent au moins les mêmes services que les hôpitaux généraux classiques, mais qui, en outre, prennent en charge des patients nécessitant un traitement très spécialisé. Les hôpitaux généraux universitaires se voient également attribuer des missions de formation des prestataires de soins, de recherche scientifique et de développement de nouvelles technologies. Ils sont reliés à une université disposant d'une faculté de médecine. On distingue enfin les hôpitaux généraux universitaires des hôpitaux généraux « à caractère universitaire », qui sont des hôpitaux généraux disposant d'un certain nombre de lits universitaires, sans mission de formation.*[11]

III.3 Raisons stratégiques et économiques de la Concentration

30. Selon les Parties notifiantes, l'objectif de la Concentration est, avant tout, de développer un projet hospitalier commun qui répond adéquatement aux besoins de la population du Hainaut et du Brabant wallon et qui garantit l'accès à une médecine de qualité et de sécurité à tous les patients sur ce territoire.[12]

31. La Concentration vise également à développer une offre de soins plus complète dans les régions concernées. [redacted].[13]

---

[9] *Ibid.*, § 52.

[10] Voir rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, SPF Santé publique, p. 8.

[11] *Ibid.*

[12] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 22.

[13] *Ibid.*, § 23.

32. La mise en commun de leurs activités de soins vise également à permettre aux Parties notifiantes de faire face à la problématique de la pénurie de personnel médical. [redacted].[14]

33. Enfin, le projet de Concentration permet aux Parties notifiantes de dépasser la logique limitée de collaboration en réseau en faisant bourse commune. [redacted][15]

Enfin, la Concentration permet de concilier une prise en charge de proximité, la sécurité des patients ainsi que la qualité de soins, et de faire face aux coûts techniques élevés et à la rareté des compétences.[16]

III.4 Délais d'instruction après notification

Notification de la Concentration	*20 octobre 2023*
Début du délai d'instruction	*23 octobre 2023*
20ème jour ouvrable	*23 novembre 2023*
25ème jour ouvrable (dépôt du projet de décision)	*30 novembre 2023*
40ème jour ouvrable (décision du Collège)	*21 décembre 2023*

III.5 Seuils

34. En 2022, les entreprises concernées ont réalisé les chiffres d'affaires suivants :

	Chiffres d'affaires 2022 (EUR)		
Entreprises	*Belgique*	*EU*	*Mondial*
CHUPMB[17]	*[200-300] millions*	*[200-300] millions*	*[200-300] millions*
PHJ	*[500-600] millions*	*[500-600] millions*	*[500-600] millions*

35. Ni le CHUPMB ni le PHJ ne réalise de chiffre d'affaires à l'étranger.

36. Sur la base des chiffres d'affaires réalisés par les Parties, la Concentration atteint les seuils fixés à l'article IV.7, §1er CDE et est notifiable à l'ABC en vertu de l'article IV.10 CDE.

---

[14] *Ibid.*, § 24.

[15] *Ibid.*, § 25.

[16] *Ibid.*, § 26.

[17] Il s'agit du chiffre d'affaires du CHUPMB réalisé au travers de ses activités hospitalières générales en Belgique.

IV. Le secteur hospitalier

37. La présente section décrit le cadre réglementaire belge et les paramètres sur la base desquels les hôpitaux entrent en concurrence, et examine ensuite les implications du caractère régulé du secteur hospitalier sur la définition des marchés ainsi que sur l'analyse concurrentielle.

IV.1 Secteurs d'activités

38. Les secteurs économiques concernés par la Concentration sont les activités des hôpitaux généraux, à l'exclusion des hôpitaux gériatriques et spécialisés (Code NACE-BEL : 86101) et des autres activités hospitalières (Code NACE-BEL : 86109).[18]

IV.2 Contexte général

39. Les activités hospitalières sont soumises à des règles régissant l'offre de soins, leur localisation géographique, leur financement/subventionnement, les prix pratiqués et le niveau de qualité offerts aux patients.

IV.2.1 Les hôpitaux

i) Définition

40. L'article 2, § 1er de la loi coordonnée sur les hôpitaux et autres établissements de soins du 10 juillet 2008 (la « Loi sur les hôpitaux »), définit les hôpitaux de la manière suivante :

> *« (...) 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 admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.*
>
> *Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général ».*

41. Il ressort de la définition des hôpitaux prévue à l'article 2, § 1er de la Loi sur les hôpitaux que ceux-ci remplissent une mission d'intérêt général.

42. Il existe plusieurs catégories d'hôpitaux :

- *Les hôpitaux psychiatriques : selon l'article 3 de la Loi sur les hôpitaux, « sont considérés comme hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux exclusivement destinés à des patients psychiatriques ».*
- *Les hôpitaux généraux : au sein de cette catégorie, il faut distinguer les hôpitaux généraux « catégoriels » des hôpitaux généraux « aigus ». Les hôpitaux généraux **« catégoriels »** offrent exclusivement des soins gériatriques ou de revalidation ou palliatifs. Au sein de la catégorie des hôpitaux généraux **« aigus »**, il faut encore distinguer les hôpitaux mono-spécialisés des autres hôpitaux généraux « aigus ». On entend par hôpital général « aigu » mono-spécialisé l'hôpital qui se focalise sur une spécialité. Il s'agit d'un hôpital qui*

[18] Voir Codes NACE-BEL secteur Santé (leforem.be) et Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 50.

répond aux conditions d'agrément en qualité d'hôpital et dont les services agréés le sont en vue de la prise en charge d'un certain type de patientèle selon leur catégorie d'âge (par exemple pédiatrie) ou selon le type de pathologie qui les affecte (par exemple oncologie).

43. Les séjours, ou contacts, que les patients peuvent avoir avec les hôpitaux généraux peuvent être différenciés de la manière suivante :

- *L'hospitalisation de jour : le patient se rend à l'hôpital sans y passer la nuit (les prestations de soins sont fournies en journée) ;*
- *L'hospitalisation classique : le patient séjourne au moins une nuit à l'hôpital et le prix d'une journée d'hospitalisation est facturé ;*
- *Un contact avec les urgences sans hospitalisation : un contact ambulatoire avec les services d'urgences hors hospitalisation ;*
- *Un contact avec les urgences suivi d'une hospitalisation (de jour ou classique).*

ii) Le nombre d'hôpitaux en Belgique, hôpitaux publics et privés et densité hospitalière par nombre d'habitants

44. Selon le rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux » publié par le SPF Santé publique en 2023, la Belgique compte actuellement 103 hôpitaux généraux (et 194 sites), dont 79 hôpitaux généraux classiques, 7 hôpitaux universitaires et 17 hôpitaux à caractère universitaire. La plupart des hôpitaux dispose de plusieurs sites.[19]

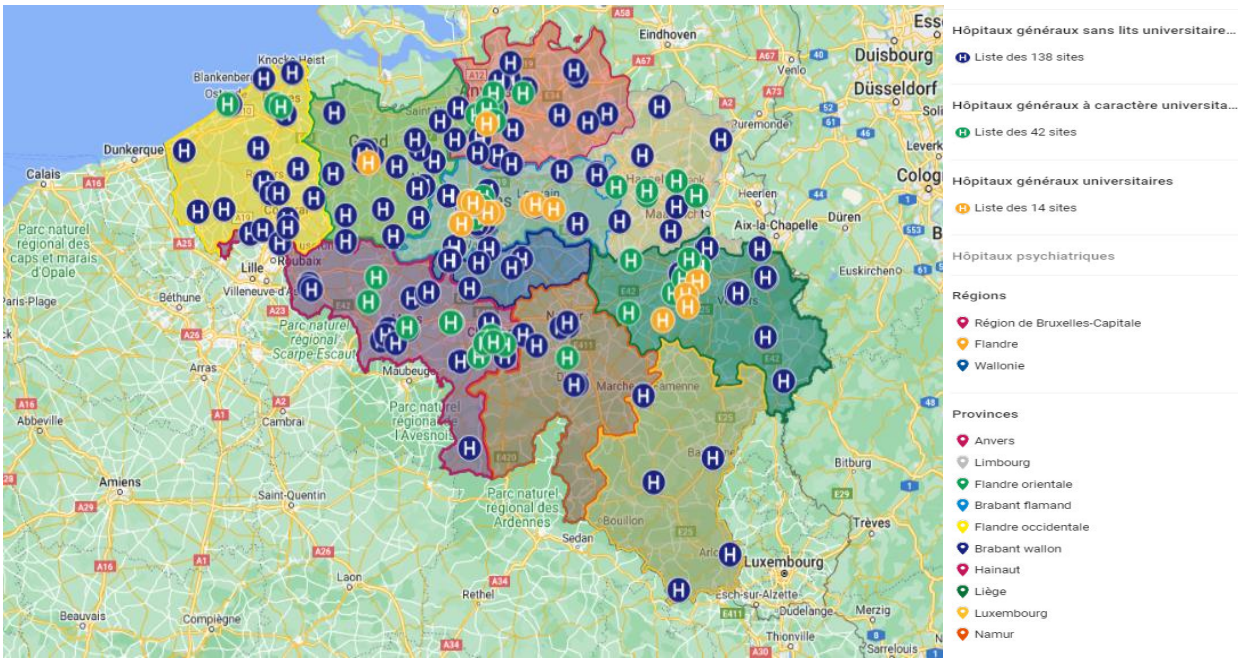
45. Sur les 103 hôpitaux généraux belges,[20] *30% sont publics, c'est-à-dire gérés par une autorité publique (commune, intercommunale, province, région, etc.) et 70% sont privés. Un grand nombre d'institutions sont aujourd'hui issues à la fois du secteur public et du privé suite aux différentes réorganisations et consolidations d'hôpitaux qui ont eu lieu au fil des années. La Loi sur les hôpitaux s'applique indistinctement au secteur public comme au secteur privé et leur financement par les pouvoirs publics est identique.*[21]

[19] Voir SPF Santé publique, rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, p. 8. Le nombre d'hôpitaux en Belgique a drastiquement baissé au cours des années. Il est passé de 521 en 1980 à 174 en 2018 (données de décembre 2018), principalement en raison de fusions plutôt qu'en raison d'une diminution réelle du nombre de sites.

[20] En 2018, la Belgique recensait 60 hôpitaux psychiatriques et 9 hôpitaux spécialisés ou gériatriques. Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. xxix, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

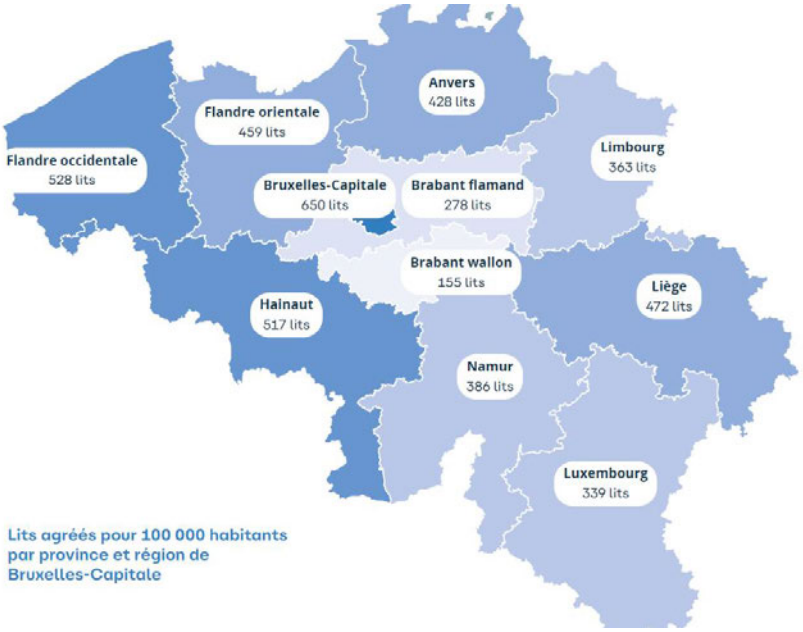
[21] Voir SPF Santé publique, rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, p. 8.

46. La densité hospitalière est importante en Belgique, comme l'illustre la carte ci-dessous localisant l'ensemble des sites hospitaliers par type d'hôpital.



Source : SPF Santé publique, « Institutions de soins », disponible à : https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/partage-de-donnees-de-sante/institutions-de-soins

47. La répartition des lits d'hospitalisation dans les hôpitaux généraux pour 100.000 habitants par province permet également d'évaluer la densité de l'offre hospitalière. En 2023, hormis la région de Bruxelles-Capitale qui détient le plus grand nombre de lits pour 100.000 habitants, les provinces qui obtiennent le plus grand nombre de lits par habitant sont celles de la Flandre occidentale et du Hainaut.[22]



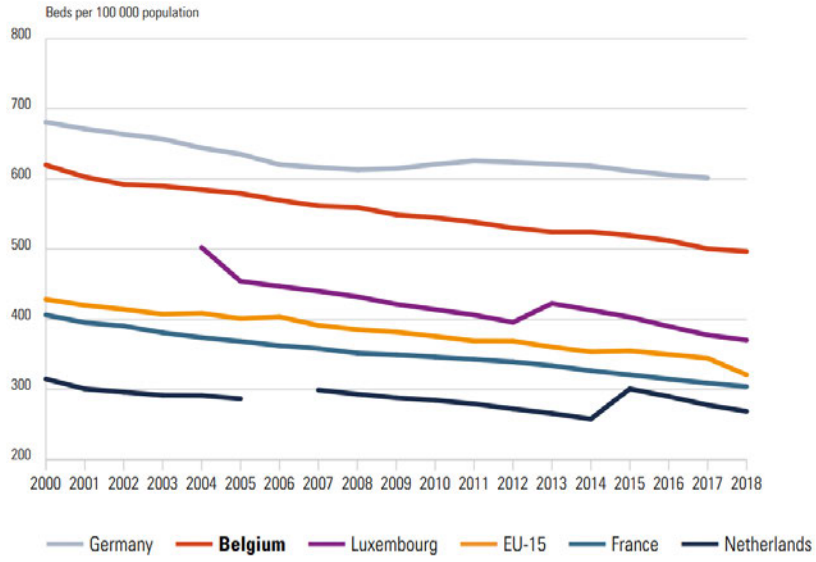
Source : SPF Santé publique, rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, p. 11.

48. Il ressort par ailleurs d'une étude comparative de 2018 regroupant la Belgique, l'Allemagne, la France, les Pays-Bas et le Luxembourg et portant sur les lits d'hospitalisation par 100.000 habitants tous hôpitaux

[22] *Ibid.*, p. 11.

confondus (hôpitaux généraux, hôpitaux psychiatriques et hôpitaux spécialisés) que la Belgique dispose d'un des plus grands nombres de lits d'hospitalisation par habitant, se situant en deuxième position, juste derrière l'Allemagne, soit bien au-dessus de la moyenne de l'EU-15. Cette deuxième place est constante depuis les années 2000 en raison d'une tendance générale de diminution du nombre de lits par habitant dans les pays étudiés.[23]

49. Le schéma[24] *ci-dessous montre l'évolution du nombre de lits d'hospitalisation pour 100.000 habitants en Belgique et dans d'autres pays entre 2000 et 2018.*

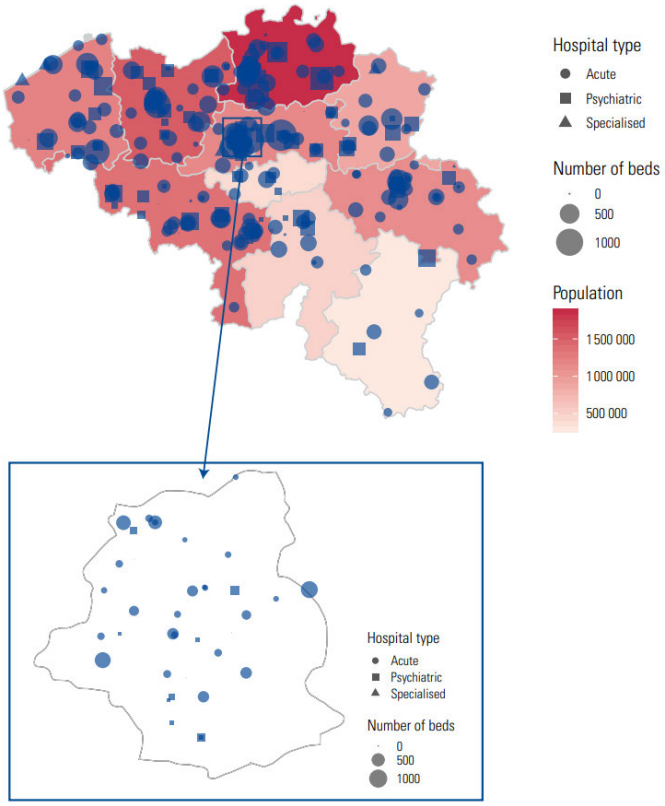


Source : S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", Health Systems in Transition, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 97, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

[23] Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 97, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

[24] Note : Définition : lits de soins curatifs dans tous les hôpitaux, y compris les hôpitaux généraux, les hôpitaux de santé mentale et autres hôpitaux spécialisés. La moyenne de l'UE-15 est le calcul de l'auteur.

50. Enfin, la carte ci-dessous[25] illustre que la répartition des sites hospitaliers est liée à la densité de population.



Source : S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", Health Systems in Transition, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 98, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

IV.2.2 La liberté de choix des patients

51. Une des particularités essentielles du système de soins de santé belge est la liberté de choix du patient.[26] En effet, un patient est libre de choisir son dispensateur de soins et peut même modifier son choix initial. Dans le même sens, le patient peut également choisir l'hôpital où il souhaite être soigné.[27]

52. L'offre de soins repose sur les principes de la liberté de choix et de l'accès direct. Les médecins généralistes n'ont pas de rôle de contrôleur d'accès, même si des mesures ont été prises pour renforcer leur rôle de point d'entrée privilégié pour les services de santé.[28]

53. Les principes de liberté de choix et d'accès direct impliquent que les établissements de soins, en ce compris les hôpitaux, sont dans une forme de concurrence les uns avec les autres dans une zone de soins pertinente, qui est renforcée par le mode de financement des hôpitaux via le budget des moyens financiers (« BMF ») (voy. ci-dessous, section IV.3.3.a).

---

[25] Note : Les hôpitaux n'ayant aucun lit correspondent à des polycliniques et à des établissements qui fournissent seulement de l'hospitalisation de jour.

[26] Loi du 22 août 2002 relative aux droits du patient (M.B., 26 septembre 2002), art. 6.

[27] Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 53, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2. Voir aussi le PV de la réunion du 14 septembre 2023 entre l'ABC et Antarès Consulting (pièce VII.1.A9.1), p. 4.

[28] Des initiatives ont été développées pour renforcer les soins primaires (de première ligne) et améliorer la continuité des soins (par exemple, les parcours de soins pour certains patients atteints de maladies chroniques). Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 119, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

IV.3 Contexte réglementaire

54. Comme indiqué en préambule de la présente section, le secteur hospitalier est régulé par les pouvoirs publics. Cette régulation existe tant au niveau de l'organisation générale du secteur, qu'au niveau des activités des hôpitaux individuels.

55. La réglementation du secteur par les pouvoirs publics se fait par le biais de la programmation, de l'agrément et du financement. Ces différents aspects sont liés entre eux, de sorte qu'une activité hospitalière ne peut être exploitée et financée que si elle est programmée et agréée.[29] La Loi sur les hôpitaux constitue la législation phare en la matière. Elle définit notamment le type d'établissement qui peut être reconnu et agréé comme hôpital, l'organisation des activités médicales et les modes de gestion et de financement des hôpitaux.[30]

56. Depuis la Sixième réforme de l'Etat, les Communautés et les Régions sont compétentes en matière d'agrément.[31] En plus des compétences de délivrance des agréments et d'inspection qu'elles possédaient déjà, elles ont également hérité de la compétence de fixation des normes d'agrément qui appartenait auparavant à l'autorité fédérale. Cette dernière reste toutefois compétente en matière de programmation, de législation organique et de financement.[32]

57. Il s'agit, par ailleurs, d'un secteur dans lequel les pouvoirs publics encouragent la collaboration, dans l'objectif d'atteindre une plus grande efficacité et des économies d'échelle.[33] Ainsi, la loi du 28 février 2019[34] a modifié la Loi sur les hôpitaux en rendant obligatoire, à partir du 1er janvier 2020, l'appartenance de chaque hôpital à un réseau hospitalier locorégional.[35]

58. Le secteur des soins de santé a également connu un certain nombre de réformes au fil des ans. Ces réformes visent des objectifs divers dont l'amélioration de l'accessibilité, de la durabilité, de l'efficacité et de la qualité des soins, tout en s'inscrivant également dans le cadre de la réorganisation générale de l'Etat belge.

59. Enfin, le financement des hôpitaux demeure un sujet de préoccupation compte tenu de la situation financière précaire de nombreux d'hôpitaux à l'heure actuelle.[36] En 2022, 49 hôpitaux généraux sur 86 ont présenté un résultat d'exploitation préoccupant.[37] En raison d'une augmentation des coûts (essentiellement lié à l'énergie et à l'indexation salariale) plus rapide que les recettes, l'ensemble des hôpitaux généraux belges ont pour la première fois enregistré une perte sur leurs activités clés en 2022.[38]

---

[29] Voir S. Ben Massaoud, M. Coëffé et C. Pouppez, « Les grands axes de la législation hospitalière », *La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir*, Anthémis, 2021, § 24-26.

[30] *Ibid.*, § 2.

[31] Pour la Fédération Wallonie-Bruxelles, il s'agit de l'AVIQ (Agence wallonne pour une vie de qualité).

[32] Voir S. Ben Massaoud, M. Coëffé et C. Pouppez, « Les grands axes de la législation hospitalière », *La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir*, Anthémis, 2021, § 57-59.

[33] Voir SPF Santé publique, rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, p. 6.

[34] Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, M.B. 28 mars 2019 (ci-après « la loi du 28 février 2019 »).

[35] A l'exception des hôpitaux psychiatriques et des institutions à services uniques de revalidation (Sp) ou de gériatrie (G). Voir Loi sur les hôpitaux, art. 2.

[36] Voir articles de presse de l'Echo du 24 octobre 2023, « L'année 2022 a lessivé les finances des hôpitaux » et de la RTBF du 15 novembre 2023, « Etude annuelle Belfius : finances dans le rouge et appel à l'aide des hôpitaux belges ».

[37] Voir article publié dans Le Spécialiste, Etude Maha : « 84% des hôpitaux sont dans une situation précaire », 15 novembre 2023.

[38] Voir Belfius, analyse MAHA 2023, « Confirmation de l'évolution vers l'hospitalisation de jour dans une situation financière difficile. Analyse MAHA de 2022, avec un premier aperçu pour 2023 ».

IV.3.1 La programmation des hôpitaux

60. La programmation consiste à planifier l'offre de soins en fonction des besoins de la population, dans le but de garantir l'accès à des soins de qualité et de contrôler les dépenses publiques.[39] Il en résulte que l'ouverture et l'agrément d'un hôpital, d'une fonction, d'un service médical, d'un programme de soins, ou d'un service médico-technique n'est pas libre : le projet doit s'inscrire dans la programmation.

61. L'objectif de la programmation est donc double. Elle vise, d'une part, à répartir de manière utile les services, les programmes, les fonctions et les appareils sur l'ensemble du territoire du pays, et d'autre part, elle a pour objectif de contrôler le financement des soins de santé, dans la mesure où seules les activités hospitalières qui entrent dans la programmation peuvent être agréées et donc, financées.[40]

62. L'article 36 de la Loi sur les hôpitaux dispose que : « Le Roi fixe, par arrêté délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil fédéral des établissements hospitaliers, les critères qui sont d'application pour la programmation des différentes sortes d'hôpitaux, programmes de soins services hospitaliers sections hospitalières, fonctions hospitalières et groupements d'hôpitaux, visant notamment leur spécialisation, leur capacité, leur équipement et la coordination de leurs installations et de leurs activités, compte tenu des besoins généraux et spéciaux de la population à desservir à l'intérieur d'un territoire à fixer ».

63. L'arrêté royal du 21 mars 1977 fixant les critères qui sont d'application pour la programmation des différents types de services hospitaliers (« l'arrêté royal du 21 mars 1977 ») exécute l'article 36 de la loi,[41] en fixant les critères permettant de mesurer les besoins hospitaliers en tenant compte des chiffres de la population, de la structure d'âge, de la morbidité et de la répartition géographique.[42] Pratiquement, l'Etat fédéral fixe chaque année le nombre de lits programmés pour l'ensemble du territoire belge par type de service (selon un classement appelé « index de lit ») sur base des critères de l'arrêté royal du 21 mars 1977 et des chiffres de la population.[43]

64. Depuis 1982, un moratoire national sur le nombre de lits agréés (c'est-à-dire le nombre de lits programmés ayant effectivement obtenu un agrément) a été institué pour contrer l'offre excédentaire de lits hospitaliers,[44] ce qui signifie que, depuis lors, plus aucun lit d'hôpital supplémentaire ne peut être agréé.[45] Il en résulte que la création d'un nouveau lit hospitalier ne peut être autorisée que si le nombre

---

[39] Voir S. Ben Massaoud, M. Coëffé et C. Pouppez, « Les grands axes de la législation hospitalière », *La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir*, Anthémis, 2021, § 27.

[40] *Ibid*., § 42.

[41] En ce qui concerne les lits non-psychiatriques. Les critères de programmation pour les lits psychiatriques sont établis par un autre arrêté royal, à savoir l'arrêté royal du 3 août 1976 fixant les critères de programmation des services psychiatriques hospitaliers (M.B. 17 septembre 1976).

[42] A titre d'illustration, le critère de programmation prévoit 2,9 lits par mille habitants pour les lits C/D concernant tant les Service de diagnostic et de traitement chirurgical que Service de diagnostic et de traitement médical, 0,52 lits pour les lits SP concernant Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation et 32 et 37 lits par mille naissances pour les lits M de maternité et les lits E de pédiatrie. Voir Document explicatif des chiffres de programmation fédérale, 8 octobre 2020, p. 2, disponible à : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20201008_uitlegdocument_federale_programmatie_fr.pdf.

[43] Voir Document explicatif des chiffres de programmation fédérale, 8 octobre 2020, disponible à : https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/20201008_uitlegdocument_federale_programmatie_fr.pdf ; S. Ben Massaoud, M. Coëffé et C. Pouppez, « Les grands axes de la législation hospitalière », *La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir*, Anthémis, 2021, § 37.

[44] Voir protocole conclu entre le Gouvernement national et les Exécutifs des Communautés française et flamande, « Mesures visant la maîtrise et a diminution du nombre de lits dans les hôpitaux généraux, M.B. 27 juillet 1982.

[45] Arrêté royal n° 60 du 22 juillet 1982 modifiant la loi du 23 décembre 1963 sur les hôpitaux, M.B. 27 juillet 1982. Voir aussi S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. xxix, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

de lits programmés pour ce type de service n'est pas dépassé et doit par conséquent s'accompagner de la disparition d'un autre lit.

65. Les lits hospitaliers peuvent également être désaffectés et reconvertis en lits d'un index différent, ce qui permet aux hôpitaux d'adapter leur offre de soins aux besoins qui sont en constante évolution. Un arrêté royal du 16 juin 1999[46] a mis en place une série de règles à cet effet, permettant, en cas de désaffectation d'un lit, d'étendre le nombre de lits dans un autre type de service ou dans un autre hôpital à l'aide de coefficients de reconversion.[47]

66. La programmation intervient donc au niveau du nombre de lits hospitaliers, mais également au niveau du nombre de services hospitaliers, de programmes de soins, de sections, de services médicaux et médico-techniques, d'appareils lourds et de fonctions hospitalières qui peuvent être mis en exploitation.[48]

IV.3.2 L'agrément des hôpitaux

67. Pour qu'un hôpital puisse ouvrir et être exploité, il doit répondre à certaines normes afin d'obtenir un agrément lui permettant d'ouvrir un financement public. Chaque service d'hospitalisation, fonction, service médical, programme de soins, et service médico-technique créé dans l'hôpital doit également être agréé.

68. Les normes d'agrément, auxquelles les hôpitaux et leurs services, fonctions, services médicaux, programmes de soins et services médico-techniques doivent répondre sont, depuis la Sixième réforme de l'Etat, déterminées par les entités fédérées. De nombreuses normes d'agrément figurent toutefois dans divers arrêtés royaux, étant donné qu'il s'agissait auparavant d'une compétence fédérale.[49]

69. Les critères d'agrément sont de différentes natures : les normes organisationnelles relatives aux besoins en personnel (par exemple, les niveaux de qualification, le ratio entre le personnel qualifié et les auxiliaires, les niveaux de qualification, le rapport entre le personnel qualifié et les auxiliaires) et aux responsabilités (par exemple, l'hygiène, l'éthique) ; les critères architecturaux (par exemple, le nombre, la taille et les normes d'hygiène des chambres) ; les normes fonctionnelles (par exemple, la commodité, l'accessibilité), les normes minimales d'activité et d'installation ; et les effectifs prévus.[50] Les agréments sont attribués par les Communautés après vérification du respect par l'hôpital des normes. Ces agréments déterminent quels types de soins l'hôpital peut offrir.

70. Les services d'hospitalisation sont agréés pour un certain nombre de lits, les lits dits « agréés ». Ces lits sont catégorisés par index.

IV.3.3 Le financement des hôpitaux

---

[46] Arrêté royal du 16 juin 1999 précisant les règles visées à l'article 32 de la loi sur les hôpitaux, coordonnée le 7 août 1987, relatives au type et au nombre de lits dont la désaffectation peut permettre la mise en service de lits hospitaliers, M.B. 29 septembre 1999.

[47] Voir S. Ben Massaoud, M. Coëffé et C. Pouppez, « Les grands axes de la législation hospitalière », La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir, Anthémis, 2021, § 38-41.

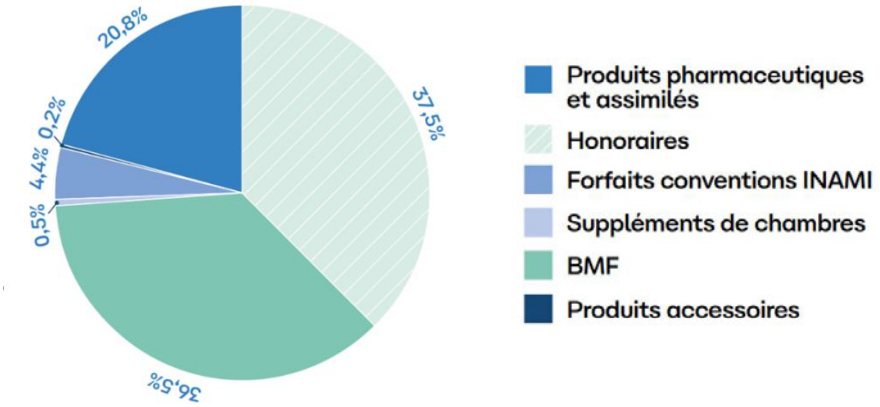
[48] Voir, notamment, l'arrêté royal du 10 août 1998 fixant les normes auxquelles doit répondre une fonction « service mobile d'urgence » (SMUR) pour être agréée, M.B. 2 septembre 1998 ; l'arrêté royal du 15 février 1999 fixant les critères de programmation applicables au programme de soins « médecine de la reproduction », M.B. 25 mars 1999 et l'arrêté royal du 25 avril 2014 fixant le nombre maximum d'appareils de tomographie à résonance magnétique pouvant être exploités, M.B. 8 août 2014.

[49] Il s'agit notamment de l'arrêté royal du 30 janvier 1989 fixant les normes complémentaires d'agrément des hôpitaux et des services hospitaliers et précisant la définition des groupements d'hôpitaux et les normes particulières qu'ils doivent respecter. Des normes complémentaires figurent dans l'arrêté royal du 7 juin 2004 fixant les conditions de désignation en qualité d'hôpital universitaire, de service hospitalier universitaire, fonction hospitalière universitaire ou programme de soins hospitalier universitaire.

[50] Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 38, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

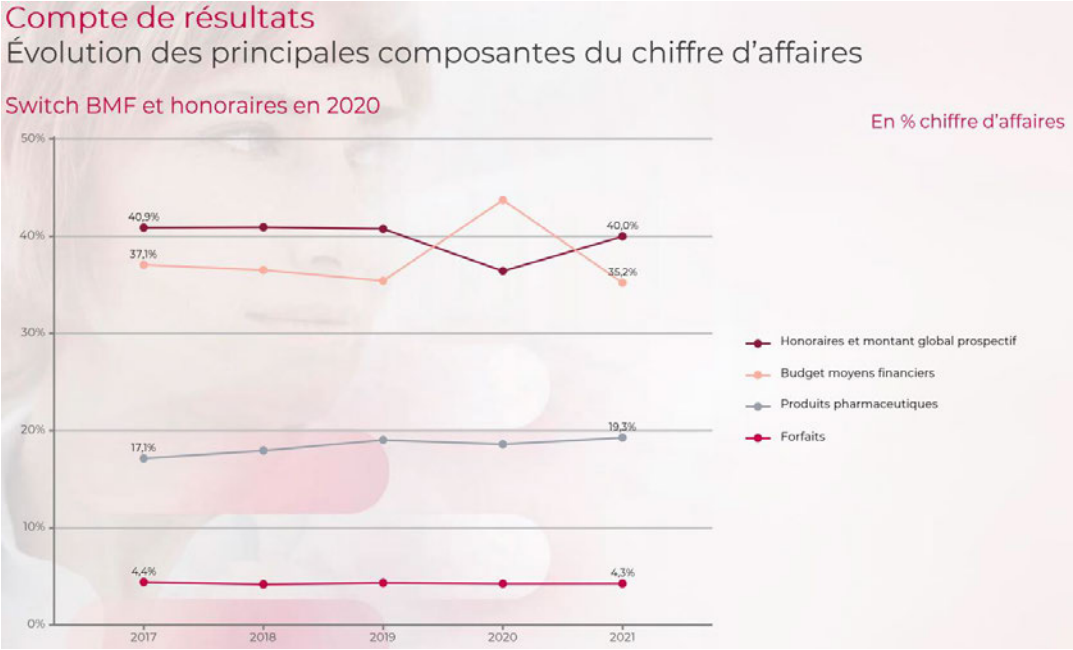
71. Les principales sources de financement des hôpitaux sont le budget des moyens financiers (« BMF »), les honoraires des médecins, des dentistes et de certaines catégories du personnel soignant et paramédical, les forfaits INAMI, les produits pharmaceutiques et assimilés, les suppléments de chambre ainsi que la quote-part patient.[51] Ces différentes sources contribuent au financement dans des proportions différentes.

72. La répartition moyenne du chiffre d'affaires pour l'ensemble des hôpitaux belges se présentait en 2021 comme suit :



Source : SPF Santé publique, Rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, p. 23.

73. Belfius étudie chaque année la situation financière des hôpitaux (« Analyse MAHA »).[52] La répartition du chiffre d'affaires entre les différentes sources demeure relativement stable dans le temps en dépit de quelques variations entre le BMF et les honoraires, ainsi que l'indiquent les résultats de l'Analyse MAHA du 16 novembre 2022 (années 2017 à 2021).



Source : Belfius, Analyse MAHA 2022 – Hôpitaux généraux, chiffres 2021 et premiers éléments 2022, 16 novembre 2022, p. 19.

IV.3.3.a Le BMF

[51] Voir SPF Santé publique, rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, p. 23.

[52] Belfius, Analyse MAHA 2022 – Hôpitaux généraux, chiffres 2021 et premiers éléments 2022, 16 novembre 2022, p. 19, disponible à : https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2022/Slides%20Presse%20FR%20DEF.pdf.

74. Le BMF est le financement que chaque hôpital obtient de la part des pouvoirs publics, qui représente une part d'un budget global à enveloppe fermée pour le financement des hôpitaux de tout le pays. Le BMF est composé de trois budgets (également appelés parties) :

- *Partie A : un budget pour l'infrastructure et le matériel ;*[53]
- *Partie B : un budget pour les coûts de fonctionnement ;*
- *Partie C : un budget pour la régularisation du financement a posteriori des différentes parties du BMF.*

75. Le financement par le BMF est organisé par la Loi sur les hôpitaux, dont l'article 95, alinéa 1er prévoit que : « Le budget des moyens financiers est fixé pour chaque hôpital distinct par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions dans les limites d'un budget global pour le Royaume, fixé par arrêté royal délibéré en Conseil des Ministres. Le budget des moyens financiers tient uniquement compte des soins hospitaliers qui donnent lieu à une intervention en application de l'article 110, à l'exception des soins hospitaliers indemnisés dans le cadre du Règlement européen relatif à l'application des régimes de sécurité sociale aux travailleurs salariés, aux travailleurs non-salariés et aux membres de leur famille qui se déplacent à l'intérieur de la Communauté ».

76. L'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers détermine la manière dont le budget global disponible chaque année pour le financement des hôpitaux est réparti entre les hôpitaux.

77. Le financement des hôpitaux par le biais du BMF est uniformément calculé au niveau fédéral par le SPF Santé publique sur la base de « l'activité justifiée » que tout hôpital doit lui transmettre sous forme d'un résumé hospitalier minimal (« RHM ») pour chaque séjour.[54] *L'activité justifiée d'un hôpital est calculée en fonction du nombre d'admissions dans un hôpital, pondérée selon la durée moyenne de séjour à l'échelle nationale par groupe de pathologies. Un nombre de journées justifiées en fonction de la pathologie et du degré de gravité en question est octroyé à chaque admission. Le nombre total de journées d'hospitalisation justifiées de l'hôpital est ensuite divisé par un taux d'occupation normatif,*[55] *multiplié par 365 pour obtenir le nombre total de lits justifiés de l'hôpital. Ce nombre de lits justifiés est enfin converti en un certain nombre de points, qui permet de déterminer le budget total auquel l'hôpital a droit.*[56]

IV.3.3.b Les honoraires

78. Les honoraires représentent également une des sources principales de financement pour les hôpitaux. Ils servent à rémunérer les prestataires de soins et à couvrir tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution des prestations médicales (l'utilisation des locaux, le matériel, le personnel, les produits,

[53] Une partie de la compétence du financement de l'infrastructure (charges d'investissement et charges d'investissement RMN-Radiothérapie-Petscan) a été transférée aux Communautés et Régions lors de la Sixième réforme de l'Etat.

[54] Arrêté royal du 25 février 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, M.B. 30 mai 2002.

[55] Les taux d'occupation normatifs sont fixés par le SPF Santé publique et varient en fonction du type de lit : 100% pour l'hôpital de jour, 90% pour la gériatrie et les soins chroniques, 80% pour la chirurgie, la médecine interne, les brûlures et les maladies contagieuses, 75% pour les services néonatals et 70% pour la pédiatrie, la maternité et les soins intensifs. Voir arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, M.B. 30 mai 2002, annexe 3.

[56] Voir SPF Santé publique, rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, p. 26.

etc.) qui ne sont pas déjà financés par le BMF.[57] Pour le fonctionnement des hôpitaux, les honoraires des médecins spécialistes sont une source de financement.[58]

79. En principe, les honoraires « bruts » sont facturés (de manière centrale ou non) au patient bénéficiaire de la prestation et à sa mutualité. Une partie du montant sert à rémunérer les médecins, les soins infirmiers, et à couvrir d'autres frais de fonctionnement (matériel, infrastructure hospitalière, etc.). Une fois ces montant prélevés par les hôpitaux, le surplus est rétrocédé au médecin prestataire des soins. La répartition des montants entre médecin et hôpital varie selon le cas, compte tenu du médecin et de sa spécialité, de l'hôpital en question et selon la méthode de calcul choisie.[59]

IV.3.3.c Les autres sources

80. Les produits pharmaceutiques et les forfaits INAMI constituent d'autres sources de financement importantes des hôpitaux.[60]

81. En effet, les produits pharmaceutiques, les produits assimilés et les médicaments génériques sont remboursés en partie par le patient, l'autre partie faisant l'objet d'un remboursement spécifique par les organismes assureurs. La quote-part payée par le patient varie selon que le patient est ambulatoire ou hospitalisé.[61]

***82.** En ce qui concerne les forfaits INAMI, il s'agit de montants octroyés dans le cadre des « conventions » conclues entre l'INAMI et l'établissement hospitalier qui permettent de développer, gérer et financer de manière forfaitaire les soins multidisciplinaires. C'est une façon de procéder qui est surtout utilisée dans le domaine de la réadaptation.[62]*

IV.3.4 L'assurance obligatoire et les tarifs des soins de santé

83. Le système de santé belge est basé sur l'assurance maladie obligatoire caractérisée par la solidarité entre tous les résidents belges et financé par les cotisations sociales. Il permet aux personnes assurées d'accéder à des soins de santé de qualité (consultations, médicaments, frais d'hospitalisation, etc.) dont le coût est pris en charge par l'assurance soins de santé obligatoire. L'assurance soins de santé obligatoire est gérée par l'INAMI qui alloue un budget prévisionnel aux caisses de maladie (les « mutuelles » ou

---

[57] Voir B. Bayenet, M. Fontaine et T. Murphy, « Quelles sont les conséquences d'un transfert de la compétence relative au financement des hôpitaux aux entités fédérées ? », *La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir*, Anthémis, 2021, § 16 ; et P. Devos, « Honoraires médicaux et financement hospitalier », *La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour* l'avenir, Anthémis, 2021, paras. 38-41. Voir également l'article 154 de la Loi sur les hôpitaux : « Sans préjudice de l'article 155, les honoraires, perçus ou non de façon centrale, couvrent tous les frais directement ou indirectement liés à l'exécution de prestations médicales tels que notamment les frais afférents aux personnels médical, infirmier, paramédical, soignant, technique, administratif, d'entretien ainsi qu'à un autre personnel auxiliaire, les frais afférents à l'utilisation de locaux, les frais afférents à l'acquisition, au renouvellement, aux réparations importantes et à l'entretien de l'équipement requis, les frais liés au matériel et aux produits de consommation médicaux ainsi que les frais afférents aux biens et aux services fournis par des tiers dans le cadre des services collectifs, qui ne sont pas financés par le budget des moyens financiers ».

[58] Voir Kesteloot et G. Van Herck, *Financieel beleid voor ziekenhuizen*, Acco, 2015, p. 35.

[59] Voir B. Bayenet, M. Fontaine et T. Murphy, « Quelles sont les conséquences d'un transfert de la compétence relative au financement des hôpitaux aux entités fédérées ? », *La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir*, Anthémis, 2021, paras. 16-18. Voir aussi le PV de la réunion du 14 septembre 2023 entre l'ABC et le Grand Hôpital de Charleroi (pièce III.5.A4.3), p. 2, point 4.

[60] En 2021, les produits pharmaceutiques et les forfaits INAMI représentaient 19,9% et 4,3%, voir Belfius, Analyse MAHA 2022 – Hôpitaux généraux, chiffres 2021 et premiers éléments 2022, 16 novembre 2022, p. 18, disponible à : https://www.belfius.be/about-us/dam/corporate/press-room/press-articles/downloads/fr/2022/Slides%20Presse%20FR%20DEF.pdf.

[61] Voir B. Bayenet, M. Fontaine et T. Murphy, « Quelles sont les conséquences d'un transfert de la compétence relative au financement des hôpitaux aux entités fédérées ? », *La politique hospitalière en Belgique : financement, organisation et enjeux pour l'avenir*, Anthémis, 2021, paras. 20-21.

[62] Voir KCE, « Protocole d'évaluation pour les conventions avec l'INAMI », Health Services Research (HSR), 2018, KCE Reports 299B, p. 4.

« mutualités »). Ce sont elles qui remboursent les prestations sous certaines conditions (notamment, avoir une certaine qualité, avoir payé un montant suffisant de cotisations, etc.).[63]

84. Le budget global, à savoir le « budget de l'assurance soins de santé et indemnités » (« budget SSI ») comprend l'ensemble des remboursements des prestations de santé effectués par les mutualités auprès des patients ainsi que les montants versés directement par l'INAMI aux dispensateurs de soins.[64] *Le montant des remboursements des soins de santé est élaboré sur base annuelle au terme d'une procédure spécifique permettant de fixer un « objectif budgétaire global » (« OBG »). Suite à sa fixation, l'OBG est scindé en budgets au profit des différents secteurs des soins de santé et des différentes catégories de dispensateurs de soins. L'objectif budgétaire global pour le remboursement des soins de santé a été fixé pour 2024 à 37,8 milliards d'euros.*[65]

85. Les tarifs des soins de santé et leurs remboursements font l'objet de négociations entre les représentants des prestataires de soins et les caisses de maladie (organismes assureurs ou mutuelles). Ils sont repris dans des conventions et des accords négociés annuellement ou tous les 2 ans (les accords médico-mutualistes). Chaque accord doit s'inscrire dans le cadre du budget et est soumis à la Commission de contrôle budgétaire de l'INAMI. Les médecins décident sur une base individuelle s'ils adhèrent à la convention ou non. Ils peuvent y adhérer entièrement (médecins conventionnés) ou partiellement (médecins partiellement conventionnés).[66]

86. En Belgique, la grille tarifaire établit les tarifs officiels pour les soins de santé, divisés en tarifs officiels remboursés et en ticket modérateur officiel (à charge du patient). Le ticket modérateur peut être soit un montant fixe, soit une proportion de l'honoraire officiel (ou être égal à zéro). En plus de ces tarifs nationaux, une surfacturation (ereloonsupplementen/supplément d'honoraires), c'est-à-dire un tarif majoré, peut également être exigé par les prestataires de soins de santé dans certaines conditions.[67]

87. Les médecins conventionnés pratiquent ainsi les honoraires prévus par la convention et le patient ne paie alors que le ticket modérateur, à savoir la différence entre le montant remboursé par la mutualité et les honoraires officiels fixés par la convention.[68]

88. Tous les services de soins de santé remboursés sont décrits dans la grille tarifaire établie au niveau national (appelée nomenclature), qui précise les tarifs officiels et les mécanismes de participation aux coûts. Une large gamme de services est couverte, avec environ 15.500 codes dans la grille tarifaire nationale en décembre 2018. Les services non inclus dans la grille ne sont pas remboursés. Les caisses de maladie (organismes assureurs ou mutuelles) sont légalement tenues de rembourser les demandes de remboursement de leurs membres inscrits aux niveaux de remboursement officiels.[69]

---

[63] Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. xxv, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

[64] Voir site internet de l'INAMI, « Le budget de l'assurance soins de santé et indemnités », disponible à : https://www.inami.fgov.be/fr/themes/financement/budget-comptes/Pages/default.aspx#Quelles_sont_les_recettes_et_les_d%C3%A9penses_du_budget_SSI.

[65] Voir la Décision du Conseil général de l'INAMI du 16 octobre 2023, p. 2, disponible à : https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/budget_2024_conseil_general.pdf.

[66] Voir K. Kesteloot et G. Van Herck, *Financieel beleid voor ziekenhuizen*, Acco, 2015, p. 36.

[67] Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 78-79, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

[68] Voir notamment site internet de la Clinique Saint-Jean, disponible à : https://www.clstjean.be/faq/quelle-est-la-difference-entre-medecin-conventionne-non-conventionne-et-partiellement ; voir également site internet de la Mutualité Chrétienne, disponible à : https://www.mc.be/fr/avantages-remboursements/conventionnement-prestataires.

[69] Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 71, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

89. Le suivi des frais à charge des patients (dont notamment le montant des tickets modérateurs) et l'accessibilité financière des soins font l'objet d'études par les instances publiques et des mesures d'encadrement des prix sont également adoptées, telles que le maximum à facturer ou les remboursements majorés pour les BIM (Bénéficiaire des interventions majorées).[70]

IV.3.5 La qualité des soins de santé

90. Les critères de qualité des soins de santé au sein des hôpitaux sont intégrés dans les critères d'agréments spécifiques aux services, départements, fonctions et programmes de soins de l'hôpital. Des mesures de contrôle permettent de s'assurer que les hôpitaux respectent ces critères de qualité à tous les niveaux de la structure, des processus et des résultats. Ces contrôles peuvent aboutir au retrait d'agréments pour certaines activités médicales et de ce fait potentiellement compromettre la poursuite de l'activité. Depuis le 1er juillet 2014, l'évaluation de la qualité d'un hôpital est une compétence exclusive des entités fédérées.[71]

91. Plus globalement, la performance du système de soins de santé fait l'objet de contrôles réguliers par les instances publiques compétentes. La Belgique s'est d'ailleurs engagée comme l'ensemble des pays européens auprès de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) à réaliser de façon régulière une évaluation de son système de soins de santé.[72] *Les récentes réformes belges du système de soins de santé sont mues notamment par l'objectif d'améliorer encore l'accès à des services de qualité, tout en maintenant la viabilité financière et l'efficacité du système.*[73] *Le système de santé belge est notamment décrit et évalué au sein d'instances internationales telles que l'Observatoire européen des systèmes et des politiques de santé, dont l'évaluation du système de santé belge en 2019 a conclu à un bon accès global à des services de santé de haute qualité.*[74]

---

[70] Voir le site internet « Vers une Belgique en bonne santé », disponible à : https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/accessibilite-des-soins/accessibilite-financiere#:~:text=%C3%80%20l%27%C3%A9chelle%20europ%C3%A9enne%2C%20la,%2C0%25%20en%20Italie).

[71] Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 134-136, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2 : Traduction libre (p. 136) : « *En Flandre, les inspections sont effectuées à l'improviste, en suivant le parcours de soins d'un certain type de patient. En outre, le projet flamand d'indicateurs pour les patients et les professionnels (VIP²) mesure la qualité des soins dans la plupart des hôpitaux généraux flamands. Les hôpitaux choisissent les indicateurs qu'ils mesurent. Les hôpitaux choisissent les indicateurs qu'ils mesurent. Les résultats sont publiés (si l'hôpital est d'accord) sur un site web www.zorgkwaliteit.be (Agence flamande pour les soins et la santé). La communauté germanophone organise régulièrement des inspections de qualité annoncées dans les hôpitaux en collaboration avec l'Agence flamande pour les soins et la santé. A Bruxelles et en région wallonne, l'organisation Plateforme pour l'Amélioration continue de la Qualité des soins et de la Sécurité des patients (PAQS) a mis en place des indicateurs de qualité en étroite collaboration avec le secteur de la santé pour le benchmarking (chaque hôpital reçoit ses propres résultats par rapport à la moyenne) (PAQS, 2018). Néanmoins, ces données ne sont pas encore collectées de manière systématique. Dans le cas de l'accréditation, qui est volontaire, une organisation externe évalue dans quelle mesure l'hôpital offre des soins de qualité et sûrs. Depuis 2008, les hôpitaux peuvent recevoir une accréditation pour un nombre limité d'années, avec un nombre croissant d'hôpitaux obtiennent l'accréditation (58% en 2019) ou sont en cours d'accréditation (27% en 2019)* ».

[72] Cette démarche porte le nom de Health System Performance Assessment (HSPA), voir https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hspa/248-pourquoi-mesurer-la-performance-du-systeme-de-sante-belge.

[73] Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. xxxii, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2 : Traduction libre : *« L'accessibilité des soins et la durabilité du système de santé sont des objectifs constants pour les autorités de santé belges ; entre 2014 et 2019 sont venues s'y ajouter la qualité et l'efficience. Il s'en est suivi l'implémentation de plusieurs mesures visant à améliorer la structuration et la qualité des soins, avec une forte promotion des « soins multidisciplinaires et intégrés », de la « concentration de l'expertise », des « trajets de soins », de « l'autonomisation des patients », de « l'evidence-based practice », des « soins basés sur les résultats » (outcome-based care), de l'approche « one-health », ainsi qu'une restructuration de la régulation des professionnels de la santé. L'amélioration des échanges d'information entre les différents prestataires et environnements de soins a fait l'objet d'un « plan eHealth », portant sur l'informatisation des dossiers médicaux, la prescription électronique et l'accès des patients à leurs données de santé personnelles. Le système de santé belge est également en évolution afin de répondre à la réalité d'une population vieillissante, d'une progression des maladies chroniques et du développement de technologies nouvelles. »*

[74] Voir site internet « Vers une Belgique en bonne santé », disponible à : https://www.belgiqueenbonnesante.be/fr/hit. Le rapport complet est le suivant : S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", Health Systems in Transition, 2020, Vol. 22, No. 5, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

92. Les autorités de santé belges fédérales et fédérées sont ainsi chargées de contrôler la qualité des activités de soins et des établissements au sein desquelles elles sont dispensées.

V. Définition des marchés

93. Dans le cadre de l'évaluation d'une concentration, il est important de déterminer si les Parties notifiantes – et le cas échéant d'autres prestataires de soins de santé – offrent ou peuvent offrir les mêmes soins et constituent dès lors une alternative l'un à l'autre. Cette information donne une première vision sur la relation concurrentielle entre les Parties et sur leur relation concurrentielle avec d'autres prestataires de soins. La définition des marchés de produits et géographiques pertinents constitue la première étape permettant d'analyser la dynamique concurrentielle.

94. Cependant, la réglementation du secteur hospitalier est également un facteur pertinent pour l'appréciation de la dynamique concurrentielle. En effet, cette réglementation implique qu'une série de risques possibles pour l'utilisateur (à savoir le patient) sont résolus en amont par la régulation. Dans le secteur hospitalier, la réglementation permet notamment de relativiser l'importance des parts de marché locales et de se focaliser sur l'examen et l'estimation des effets probables résultant de la mise en balance des risques objectivables et des gains vérifiables. Néanmoins, l'établissement de parts de marché demeure une étape nécessaire pour permettre un recensement objectif des établissements actifs dans une zone de soins et de leur offre de soins respective.

V.1 L'offre de services hospitaliers

V.1.1 Marché de produits

V.1.1.a Pratique décisionnelle

*95. La **Commission européenne** (« la Commission ») a eu l'occasion de se pencher sur le secteur hospitalier de plusieurs Etats membres dans sa pratique décisionnelle en matière de contrôle des concentrations.*

96. En ce qui concerne la France, la Commission a retenu un marché de l'offre de diagnostics et de soins hospitaliers. Si des segmentations éventuelles de ce marché ont été envisagées (notamment par type de discipline, à savoir la médecine, la chirurgie, l'obstétrique, les soins de suite et de réadaptation, etc.),[75] la Commission a laissé les définitions de marché ouvertes dans le cadre de l'analyse des concentrations qui lui ont été soumises.[76]

97. En ce qui concerne l'Allemagne, la Commission a défini un marché pour les services hospitaliers aigus. Elle en a exclu les centres de soins médicaux, c'est-à-dire les établissements dans lesquels des médecins salariés fournissent des soins médicaux ambulatoires, ainsi que les centres de réhabilitation.[77] La Commission a également envisagé une segmentation entre services hospitaliers classiques

---

[75] Commission européenne, décisions du 14 décembre 2015 dans l'affaire M.7833, *CDC International Capital / Mubadala Development Company / Vivalto Bel / Groupe Vivalto Santé*, point 17 ; du 28 avril 2014 dans l'affaire M.7221, *Bridgepoint Capital / Medi-Partenaires*, § 20

[76] Commission européenne, décisions du 19 novembre 2018 dans l'affaire M.9015, *Penta Investments / Aseco Poland / Prosoft*, § 15-16 ; du 28 avril 2014 dans l'affaire M.7221, *Bridgepoint Capital / Medi-Partenaires*, § 20 ; du 14 décembre 2015 dans l'affaire M.7833, *CDC International Capital / Mubadala Development Company / Vivalto Bel / Groupe Vivalto Santé*, § 20 ; du 28 avril 2014 dans l'affaire M.7221, *Bridgepoint Capital / Medi-Partenaires*, § 24 ; du 4 août 2014 dans l'affaire M.7322, *Ramsay Health Care/Crédit Agricole/ Générale de santé*, § 22.

[77] Commission européenne, décisions du 23 février 2012 dans l'affaire M.6428, *Helios / Damp*, § 11 et du 15 novembre 2016 dans l'affaire M.8146, *Carlyle / Schön Family / Schön Klinik*, § 9.

(hospitalisations classiques) et services hospitaliers de jour en laissant toutefois cette possible segmentation ouverte.[78]

98. La Commission a également considéré qu'une distinction entre les établissements de santé privés et publics pouvaient le cas échéant être opérée (par exemple au Royaume-Uni),[79] *soulignant toutefois que les différences dans l'organisation du système de santé et la règlementation en vigueur (tels que les systèmes de couverture sociale) pourraient conduire à des conclusions différentes selon l'Etat membre concerné,*[80] *de sorte que cette distinction n'est pas appropriée pour tous les pays. En France, par exemple, la Commission a considéré qu'une telle distinction n'était pas pertinente au regard des spécificités du marché national. En effet, en France, le patient est libre choisir entre un établissement public ou privé, sans considération économique, dans la mesure où le remboursement des soins par la Sécurité sociale ne tient pas compte du statut de l'hôpital.*[81]

*99. L'**ABC** n'a jusqu'à présent traité qu'une seule affaire de concentration entre hôpitaux, à savoir la concentration entre les Cliniques Universitaires de Bruxelles – Hôpital Erasme, l'Institut Jules Bordet et l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola, qui a fait l'objet d'une décision du 30 juin 2021 rendue dans le cadre d'une procédure simplifiée.*[82] *Dans cette affaire, l'ABC a analysé les activités de soins hospitaliers des Parties à la concentration : les Cliniques Universitaires de Bruxelles – Hôpital Erasme est un hôpital académique multiservices (général), tandis que les deux autres sont des hôpitaux mono-disciplinaires, l'un offrant des soins en oncologie (Institut Jules Bordet) et l'autre offrant des soins en pédiatrie (Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola).*[83] *Dans cette affaire, l'Auditorat de l'ABC a envisagé le marché global de l'offre de soins hospitaliers pour les hôpitaux généraux « aigus », à l'exclusion des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux généraux catégoriels (centres de revalidation et de soins gériatriques).*[84] *Aux fins de son analyse, l'ABC a laissé la définition exacte des marchés de produits ouverte dans la mesure où d'une part les parts de marché selon les différentes hypothèses étaient faibles, et d'autre part la concentration impliquait deux hôpitaux mono-disciplinaires et un hôpital général avec des chevauchements d'activités limités (hormis certaines spécialisations).*

*100. L'**Autorité française de la concurrence** (« ADLC ») retient, sur base d'une pratique décisionnelle constante, un marché de l'offre de diagnostics et de soins hospitaliers, sans distinction selon le caractère public ou privé des établissements concernés. En ce qui concerne des segmentations éventuelles de ce marché, l'ADLC a par le passé considéré, de manière constante, que le marché de l'offre de diagnostics et de soins hospitaliers pouvait être segmenté par : (i) type d'activités soumises à autorisations spécifiques pour l'exercice de certaines spécialités médicales ou chirurgicales ; (ii) catégorie majeure de diagnostics (« CMD »), ou « major diagnostics categories » (« MDC ») en anglais, une classification des actes utilisée*

---

[78] Commission européenne, décisions du 23 février 2012 dans l'affaire M.6428, *Helios / Damp*, § 11 et du 15 novembre 2016 dans l'affaire M.8146, *Carlyle / Schön Family / Schön Klinik*, § 10.

[79] Voir notamment Commission européenne, décisions du 6 juillet 2009 dans l'affaire M.5548, *Barclays/RBS/Hillary* et du 21 août 2007 dans l'affaire M.4788 - *Rozier/BHS*.

[80] Commission européenne, décision du 21 mai 2010 dans l'affaire M.5805, *3i / Vedici Groupe*, § 9.

[81] Commission européenne, décision du 12 avril 2021 dans l'affaire M.10186, *Elsan/C2S*, § 15 ; du 14 décembre 2015 dans l'affaire M.7833, *CDC International Capital / Mubadala Development Company / Vivalto Bel / Groupe Vivalto Santé*, § 17 et du 21 mai 2010 dans l'affaire M.5805, *3i / Vedici Groupe*, § 10.

[82] ABC, décision n° ABC-2021-CC-11-AUD du 30 juin 2021 dans l'affaire n° CONC-C/C-21/0014, *Les Cliniques Universitaires de Bruxelles – Hôpital Erasme / l'Institut Jules Bordet / l'Hôpital Universitaire des Enfants Reine Fabiola* (procédure simplifiée).

[83] *Ibid.*, § 3-5.

[84] Voir également la Loi du 28 février 2019, article 2, § 1, qui exclut les hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers (indices A, T ou K) associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation (indice Sp) ou à un service de gériatrie (indice G) et les hôpitaux psychiatriques de l'obligation d'appartenir à un réseau hospitalier clinique locorégional.

par l'Agence technique d'information sur l'hospitalisation (« ATIH »), le régulateur sectoriel français, au sein des activités soumises à autorisation. Une sous-segmentation de chacune de ces CMD/MDC en fonction de la présence ou non d'un acte opératoire a également été envisagée.[85]

101. En revanche, l'ADLC ne distingue pas selon que la prise en charge se fait en hospitalisation complète ou en hospitalisation de jour (désignée comme « prise en charge ambulatoire » par l'ADLC), ces deux prises en charge étant englobées dans le marché de l'offre de diagnostics et de soins hospitaliers. L'ADLC considère en effet qu'il y a substituabilité de l'offre entre un acte (chirurgical) réalisé en ambulatoire ou en hospitalisation complète, dans la mesure où ces actes sont identiques pour une pathologie donnée.[86]

102. Dans une décision de 2020,[87] *l'ADLC a toutefois fait évoluer sa pratique décisionnelle antérieure en considérant qu'il y avait lieu de segmenter le marché de l'offre de diagnostics et de soins hospitaliers par activité de soin soumise à autorisation (lesquels sont énumérées dans le code de la santé publique), et de compléter l'examen avec une analyse structurée autour de regroupements de « groupes de planification » tels qu'identifiés par l'ATIH.*[88] *On retrouve parmi ces regroupements une vingtaine de catégories telles que la neurologie, la rhumatologie, l'appareil urinaire, l'endocrinologie, la chimiothérapie ou encore la chirurgie cardio-vasculaire.*[89] *Cette approche permet, selon l'ADLC, de mieux refléter la structuration de l'offre des établissements de soins de santé. Cette approche a depuis été confirmée dans sa pratique décisionnelle la plus récente.*[90]

*103. Jusqu'en 2019, l'**Autoriteit Consument & Markt** (« ACM ») aux Pays-Bas distinguait au sein des « soins hospitaliers cliniques » (« klinische ziekenhuiszorg ») un marché de produits des « soins de base » (« basiszorg ») d'un marché de produits pour les « soins complexes » (« complexe zorg »). Les soins de base étaient divisés en soins hospitaliers généraux cliniques et non cliniques (« klinische algemene ziekenhuiszorg » et « niet- klinische algemene ziekenhuiszorg »). Au sein des soins de base, l'ACM ne faisait pas de distinction explicite entre les spécialités ou les sous-spécialités, sauf lorsque la fusion ne portait que*

---

[85] ADLC, décisions n° 21-DCC-86 du 2 juin 2021 relative à la prise de contrôle exclusif du groupe C2S par le groupe Elsan, n°20-DCC-38 relative à la prise de contrôle exclusif de la société Hexagone Santé Méditerranée et de la SCI Bonnefon-Carnot par le groupe Elsan, n° 18-DCC-162 du 15 octobre 2018 relative à la prise de contrôle exclusif du groupe Capio par Ramsay Générale de Santé, n° 17-DCC-95 du 23 juin 2017 relative à la prise de contrôle exclusif du groupe MédiPôle Partenaires par le groupe Elsan,, n° 15-DCC-146 du 26 octobre 2015 relative à la prise de contrôle exclusif de Vitalia par Vedici Holding (CVC Capital Partners), ainsi que les lettres du ministre chargé de l'économie C2007-91 au conseil de la société Vitalia Développement 2, relative à une concentration dans le secteur de l'offre de diagnostics et de soins en établissements de santé, C2007-80 du 24 juillet 2007 au conseil de la société Vitalia Développement 1, relative à une concentration dans le secteur des établissements de soins en France, C2006-105 aux conseils de la société Capio santé SA, relative à une concentration dans le secteur de la production de diagnostics et de soins en établissement de santé du 26 octobre 2006.

[86] Voir ADLC, décision n°20-DCC-38 précitée, § 33-37.

[87] ADLC, décision n°20-DCC-38 du 28 février 2020 relative à la prise de contrôle exclusif de la société Hexagone Santé Méditerranée et de la SCI Bonnefon-Carnot par le groupe Elsan, § 22 et s.

[88] Les groupes de planification constituent une segmentation pertinente selon l'ADLC, puisqu'ils permettent l'identification, pour chaque groupe, de son rattachement à la chirurgie, la médecine ou à l'obstétrique. Par ailleurs, la granularité des groupes de planification rend possible l'identification et l'isolation des segments pour lesquels les autorisations d'activité sont structurantes (comme par exemple la neurochirurgie). Les groupes de planification permettent en outre de prendre en compte la logique d'autorisations et de spécialisation médicale et chirurgicale, puisque les GP distinguent, le plus souvent, les actes opératoires d'une part, et non-opératoires d'autre part. Voir ADLC, décision n° 21-DCC-86 du 2 juin 2021 relative à la prise de contrôle exclusif du groupe C2S par le groupe Elsan, § 15.

[89] ADLC, décision n° 21-DCC-86 du 2 juin 2021 relative à la prise de contrôle exclusif du groupe C2S par le groupe Elsan, § 15. Compte tenu du nombre important de groupes de planification et de la proximité existant entre certains, l'ADLC a toutefois considéré qu'il était pertinent de procéder à certains regroupements. Les catégories pertinentes sont reprises ci-après : (i) appareil digestif, (ii) appareil locomoteur, (iii) rhumatologie, (iv) appareil urinaire, (v) cardiovasculaire, (vi) chirurgie esthétique et de confort, (vii) gynécologie, (viii) IVG, (ix) hématologie, (x) neurochirurgie, (xi) neurologie, (xii) obstétrique (xiii) ophtalmologie, (xiv) nouveau-nés et période périnatale, (xv) psychiatrie, (xvi) oxygénothérapie hyperbare, en séances, (xvii) chimiothérapie, (xviii) chirurgie thoraco-vasculaire (xix) chirurgie cardiovasculaire, (xx) pneumologie, (xxi) endocrinologie, (xxii) chirurgie inter-spécialité, (xxiii) médecine inter-spécialité, (xxiv) spécialités rares, (xxv) transplantation d'organes (hors greffe de moelle et cornée), (xxvi) ORL et (xxvii) stomatologie.

[90] ADLC, décision n° 21-DCC-86 du 2 juin 2021 relative à la prise de contrôle exclusif du groupe C2S par le groupe Elsan, § 12-17.

sur quelques spécialités. Le marché des soins de santé complexes (« complexe zorg »), recouvre d'une part les soins de santé de pointe (« topklinische zorg »), qui sont des services médicaux de pointe nécessitant une expertise approfondie et un agrément, et d'autre part les « soins de santé prioritaires » (« topreferente zorg »), qui sont des soins offerts dans les centres médicaux universitaires pour des situations médicales d'une certaine complexité ou gravité.[91]

104. Depuis 2019, l'ACM a revu sa définition des « soins de base ». Dorénavant, une « combinaison diagnostic-traitement » (« DBC ») est qualifiée de soins de base si celle-ci est proposée par minimum 20 hôpitaux généraux aux Pays-Bas. La notion néerlandaise de DBC semble être similaire à la notion belge de « All-Patient Refined Diagnosis-Related Groups » (« APR-DRG ») en ce qu'elle comprend les données issues d'un classement des patients en groupes basés sur le diagnostic principal et les traitements associés.

105. En outre, dans son analyse, l'ACM examine dorénavant principalement les effets d'un projet de concentration par groupe de patients. Tous les patients se rendant à l'hôpital pour un même diagnostic ou la même raison (par exemple, un œil rouge ou douloureux, une anomalie dans ou sur la poitrine, une douleur ou une restriction de mouvement dans une articulation) sont considérés faire partie d'un même groupe de patients. La classification en groupes de patients est basée sur la Classification internationale des soins primaires (« ICPC ») et acceptée aux Pays-Bas comme la norme pour le codage et la classification des plaintes, des symptômes et des conditions en médecine générale.[92] *A côté de son analyse par groupes de patients, l'ACM conserve également la distinction entre soins cliniques et non-cliniques lorsque celle-ci lui semble pertinente.*[93]

106. En Allemagne, le ***Bundeskartellamt*** *retient, de manière constante, un marché large de produits comprenant l'ensemble des services hospitaliers aigus fournis par des hôpitaux généraux et cliniques spécialisées, tout en laissant ouverte la question d'une segmentation plus fine de ce marché.*[94] *Ce marché comprend tous les traitements médicaux hospitaliers fournis par les hôpitaux généraux de tous niveaux et cliniques spécialisées à leurs patients, à l'exclusion des hôpitaux privés.*[95] *Il convient de également de noter que le Bundeskartellamt a considéré que les services psychiatriques spécialisés (dans les hôpitaux généraux et spécialisés) et les cliniques psychiatriques spécialisées ne devaient pas être inclus dans le marché des hôpitaux généraux, dès lors qu'ils constituent un marché distinct.*[96]

*107. Enfin, l'****autorité de la concurrence roumaine*** *(Consiliul Concurentei) différencie au sein du marché des soins de santé le marché des soins hospitaliers d'une part, et celui des soins ambulatoires d'autre part. Ce dernier comprend les soins de santé fournis aux patients par des établissements de soins de santé sans*

---

[91] Voir ACM, 14 décembre 2016, affaire 16.0685.22, *Academisch Medisch Centrum – Stichting VUmc*, § 82 ; ACM (NMa à l'époque), 5 septembre 2011, affaire 7236, *Orbis – Atrium*, § 17.

[92] Voir ACM, Note du 28 décembre 2018, Nadere toelichting analyse productmarkten in de MSZ, disponible à : https://www.acm.nl/nl/publicaties/nadere-toelichting-analyse-productmarkten-de-msz.

[93] Voir ACM, 17 juillet 2019, ACM/19/034888, *Algemeen Ziekenhuis Noordwest-Veluwe en locatie Lelystad van MC IJsselmeerziekenhuizen*, § 35 et s. ; ACM, 1 avril 2021, ACM/20/039308, *Erasmus Universitair Medisch Centrum en Stichting IJsselland Ziekenhuis*, § 23 et s.; ACM, 29 juin 2022, ACM/22/178040, Equipe Zorgbedrijven en Annatommie mc, § 22 et s.

[94] Bundeskartellamt, décision du 7 juin 2021, B3-67/21, *Charité – Universitätsmedizin Berlin|Deutsches Herzzentrum Berlin*, p. 4-5, du 21 janvier 2021, B3-33/20, *Malteser Norddeutschland gGmbH|Evangelisch-lutherische Diakonissenanstalt zu Flensburg KdöR|MALTESER-DIAKO KLINIKUM Flensburg GmbH*, § 199-200 et du 18 mars 2019, B3-157/18, *Ameos Psychiatrie Holding GmbH|Sana Kliniken Ostholstein GmbH*.

[95] Bundeskartellamt, décision du 14 mai 2014, B3-135/13, *Landkreis Esslingen/Stadt Esslingen/Kreiskliniken Esslingen gGmbH/Klinikum Esslingen* GmbH et du 5 septembre 2012, B3-43/12, *Agaplesion gAG/Stadt Worms/Klinikum Worms gGmbH/HDV gemeinnützige GmbH*.

[96] Bundeskartellamt, décision du 30 juillet 2020 dans l'affaire B3-33/20, du 5 septembre 2012, B3-43/12, *Agaplesion gAG/Stadt Worms/Klinikum Worms gGmbH/HDV gemeinnützige GmbH*, du 6 juin 2007, B 3-6/07, *LBK/Maria Hilf* et du 10 mai 2007, B 3-587/06, *Region Hannover/NLKH Wunstor.*

nécessiter d'hospitalisation et peut le cas échéant être segmenté en (i) consultations (pouvant être sous-divisée par spécialités), (ii) services d'imagerie médicale, et (iii) services de laboratoire.[97]

V.1.1.b Position des Parties notifiantes

108. Les Parties notifiantes reprennent la définition de marché réalisée par l'ADLC et avancent que le marché pertinent est le marché de l'offre de diagnostics et de soins hospitaliers.[98] *Elles envisagent différentes segmentations potentielles sans les considérer comme étant essentielles pour autant. Il s'agit de segmentation (i) par hospitalisation classique et de jour ; (ii) par index de lits agréés ; (iii) par lit (agréé) aigu, chronique et psychiatrique ; (iv) par MDC ; et (v) par ligne de service.*

a. Segmentation par hospitalisation classique ou de jour

109. Selon cette segmentation, les hospitalisations sont classées en fonction de la durée du séjour à l'hôpital. La segmentation distingue les hospitalisations classiques, pour un séjour de minimum une nuit à l'hôpital, des hospitalisations de jour, pour une admission à l'hôpital sans nuitée.

110. Selon les Parties notifiantes, ces deux types d'hospitalisation se différencient du point de vue de l'offre, en ce que les hôpitaux organisent séparément leurs hospitalisations classiques de leurs hospitalisations de jour et que le type de remboursement qu'obtiendra le patient pour des soins donnés en dépend. Cette distinction se justifie également selon les Parties du point de vue de la demande, dès lors que l'expérience du patient et les coûts et préoccupations qu'il devra supporter sont différents si une ou plusieurs nuit(s) doivent être passées à l'hôpital.[99]

b. Segmentation par index de lits agréés

111. La segmentation par index de lits agréés correspond selon les Parties notifiantes à la segmentation du marché par « activité de soin soumise à autorisation » retenue par l'ADLC.[100] *En Belgique, les établissements hospitaliers doivent en effet être agréés sous un index spécifique afin d'offrir les services liés à l'index en question.*[101]

c. Segmentation par lits aigus, chroniques ou psychiatriques

112. Les Parties notifiantes suggèrent également une segmentation supplémentaire des lits agréés sur base du caractère aigu,[102] *chronique,*[103] *ou psychiatrique*[104] *des pathologies traitées, qui permet d'identifier des types d'hospitalisations présentant de nombreuses similitudes entre elles, tant du point de vue de l'offre que du point de vue de la demande.*[105] *Selon les Parties notifiantes, l'organisation des soins offerts pour*

---

[97] Voir autorité de la concurrence roumaine, décision du 19 décembre 2022, *Vita Care Flav SRL|Muntenia Medical Competences SA*.

[98] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 68 et s.

[99] *Ibid.,* § 77-79.

[100] *Ibid.*, § 81-82.

[101] Segmentation par groupe d'activités spécialisées/par index de lits agréés ou par service (index C, D, C/D, E, G, L, M, NIC, Sp, S1, S2, S3, S4, S5, S6, A, A1, A2, K, K1, K2, T, T1, T2). Pour une définition de ces segmentations, voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 83.

[102] Les hospitalisations en lits aigus concernent les séjours dans des lits de chirurgie (index C), de médecine interne (index D), de pédiatrie (index E), de soins aux enfants prématurés (index NIC) et de maternité (index M) qui impliquent généralement des patients plus jeunes, hospitalisés pour une durée moyenne d'approximativement 3 à 5 jours.

[103] Les hospitalisations en lits chroniques concernent principalement les lits du service de gériatrie (index G) et des services de revalidation (index S1 pour les maladies cardio-pulmonaires, index S2 pour les maladies locomotrices, index S3 pour les maladies neurologiques, index S5 pour les polypathologies, et chroniques, index S6 pour les troubles psychogériatriques). Les hospitalisations en lits chroniques concernent généralement des personnes plus âgées (âge moyen d'environ 75 ans) et impliquent un séjour plus long à l'hôpital, approximativement entre 10 et 20 jours.

[104] Les hospitalisations en lits psychiatriques concernent principalement l'observation et le traitement neuropsychiatriques pour adultes (index 1, A1, A2, T et T1) et l'observation et le traitement neuropsychiatriques pour enfant (index K, K1, K2).

[105] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 86.

chaque type d'hospitalisation est largement comparable d'un service à l'autre, que ce soit en termes de capacités de lits, de personnel et d'équipement médical.[106]

d. Segmentation par MDC

113. La segmentation du marché considérée par l'ADLC et la Commission sur base des MDC[107] *est également évoquée par les Parties notifiantes.*[108]

114. Les catégories MDC fonctionnent sur base d'un système de regroupement de patients par l'entremise du ou des diagnostic(s) réalisés à l'arrivée du patient en milieu hospitalier. Elles regroupent les pathologies humaines en une vingtaine de catégories correspondant à des soins relatifs à un organe ou une partie du corps. Chaque MDC regroupe elle-même un certain nombre de APR-DRG. Le rattachement du patient à l'une des catégories MDC/APR-DRG est en principe déterminé par le diagnostic principal. S'agissant des patients chirurgicaux, il est déterminé en fonction de l'intervention chirurgicale la plus importante. En conséquence, le traitement de chaque patient ne donne lieu qu'à un seul enregistrement, dans une seule catégorie MDC/APR-DRG, même si d'autres MDC/APR-DRG peuvent être concernés.[109]

115. Ce système de MDC/APR-DRG permet de catégoriser les patients présentant des diagnostics cliniques similaires. En Belgique, il est utilisé à des fins administratives et de gestion, en particulier par le SPF Santé publique dans le cadre de la détermination annuelle du financement octroyé aux hôpitaux (BMF).[110]

116. Les Parties notifiantes considèrent toutefois que cette segmentation n'est pas pertinente en raison de son manque d'adéquation entre cette dernière et la situation concrète en hôpital, les services n'étant pas organisés en fonction de ces catégories.[111] *Elle ne permettrait pas non plus de refléter la gravité de la pathologie et donc la durée de l'hospitalisation nécessaire, son degré d'urgence, l'équipement et le personnel médical qui y sera affecté, etc.*[112] *Du point de vue l'offre, les Parties notifiantes considèrent que cette catégorisation entraînerait en outre une confusion puisque de nombreux patients présentent des pathologies pouvant entrer dans plusieurs MDC distinctes et que, pour des raisons d'organisation et surtout de financement, un patient est parfois catégorisé en tant qu'entrant dans un certain MDC plutôt qu'un autre MDC, sans que ceci ne reflète une logique médicale de terrain.*[113]

e. Segmentation par « ligne de service » regroupant plusieurs APR-DRG

117. Les Parties notifiantes envisagent également la notion de « ligne de service » (ou « service line » en anglais), qui trouve son origine dans le programme de benchmarking commercialisé par l'entreprise 3M (« le Programme 3M »). Ce programme consiste à collecter un certain nombre de données auprès des hôpitaux ayant souscrit au Programme 3M afin de créer un référentiel permettant aux hôpitaux d'évaluer la qualité des traitements et des soins qu'ils fournissent, ainsi que l'efficacité de leur gestion hospitalière. En Belgique, 83 hôpitaux belges ont choisi de participer au Programme 3M.[114]

118. En pratique, l'utilisation du Programme 3M permet principalement aux hôpitaux de répertorier leur activité s'agissant d'une année donnée et d'anticiper le budget (BMF) qu'ils recevront dans les années à

---

[106] *Ibid.,* § 87-89.

[107] Il existe 28 catégories de MDC, voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1), p. 21, tableau 2.

[108] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 90 et 93 et s.

[109] *Ibid.*, § 98.

[110] *Ibid.,* § 92.

[111] *Ibid.*, § 93.

[112] *Ibid.*

[113] *Ibid.*, § 94.

[114] Voir site internet 3M, disponible à : https://www.3mbelgique.be/3M/fr_BE/health-care-bnl/healthinformationsystems.

venir.[115] Les hôpitaux ayant recours au Programme 3M fournissent à 3M les données relatives à leur activité hospitalière organisée selon les catégories APR-DRG (voy. ci-dessus, d.). Le Programme 3M a réalisé un regroupement de ces APR-DRG selon des catégories plus larges, les lignes de services, permettant une analyse comparative plus intuitive et efficace. Il existe au total 40 lignes de service différentes.[116]

119. Les Parties notifiantes estiment qu'une segmentation du marché selon la notion de ligne de service n'est pas pertinente, dès lors qu'elle se heurte largement aux mêmes objections que celles soulevées à l'encontre des catégories MDC (voy. ci-dessus, d.).

V.1.1.c Instruction

120. Les particularités du système régissant l'offre de soins de santé par les établissements hospitaliers au sein l'Union européenne inévitablement transparaissent dans l'examen des concentrations hospitalières par les autorités nationales de concurrence. L'instruction révèle qu'en raison des particularités du secteur hospitalier belge,[117] l'analyse de la pratique décisionnelle des autorités de concurrence de l'Union européenne ne peut que servir de référence pour la définition des marchés pertinents.

121. Comme indiqué ci-dessus, la notion d'hôpital est définie en Belgique par l'article 2 de la Loi sur les hôpitaux :

> *« § 1er. […] 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 admis et peuvent y séjourner, parce que leur état de santé exige cet ensemble de soins afin de traiter ou de soulager la maladie, de rétablir ou d'améliorer l'état de santé ou de stabiliser les lésions dans les plus brefs délais.*
>
> *Ces hôpitaux remplissent une mission d'intérêt général.*
>
> *§ 2. A l'exception des hôpitaux disposant uniquement de services psychiatriques hospitaliers […] associés à des services spécialisés de traitement et de réadaptation […] ou à un service de gériatrie […] et à l'exception des hôpitaux psychiatriques, chaque hôpital fait partie d'un seul et unique réseau hospitalier clinique locorégional. »*

122. Par conséquent, une hospitalisation requiert un agrément et implique pour le patient une admission ainsi qu'un séjour (en lien avec la notion de lit telle que définie ci-dessus dans la Section IV.3.1) à l'hôpital pour recevoir des soins. Deux formes d'hospitalisations sont distinguées dans la Loi sur les hôpitaux en fonction de la durée du séjour : une hospitalisation où le patient est admis mais ne séjourne pas à l'hôpital (hospitalisation de jour) et une hospitalisation classique où le patient est admis et reste au moins une nuit à l'hôpital (hospitalisation classique).[118]

---

[115] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 100. En effet, le BMF est toujours calculé sur base de l'activité des hôpitaux de deux ans plus tôt (le BMF pour 2024 sera donc calculé sur base de l'activité de 2022).

[116] *Ibid.*, § 100-102.

[117] Bien que l'ensemble des Etats membres partagent des valeurs commune fortes relatives aux soins de santé (voir Conseil de l'Union européenne, *Conclusions du Conseil : vers des systèmes de santé modernes, capables de s'adapter aux besoins et durables*, 2006, JO C 146/01), leur mise en œuvre au niveau national diffère d'un Etat membre à l'autre.

[118] Voir SPF Santé publique, rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, p. 14.

123. L'instruction révèle l'existence possible d'un marché des hospitalisations global au sein des hôpitaux généraux. En effet, l'enquête de marché réalisée auprès des différents acteurs du secteur hospitalier (à savoir les principaux concurrents des Parties, mais également les parties prenantes en lien avec le secteur (mutuelles, assureurs, associations de patients, associations de médecins, associations du personnel soignant, syndicats, etc.) et les régulateurs sectoriels (SPF Santé publique, INAMI, AVIQ)) a confirmé la pertinence d'un marché des hospitalisations global.[119] En particulier, le SPF Santé publique valide l'existence d'un marché des hospitalisations (qui inclut les hospitalisations classiques et de jour), distinct du marché des soins ambulatoires.[120] Son approche se fonde sur la Loi sur les hôpitaux[121] qui s'applique uniquement aux patients hospitalisés (en ce compris ceux admis en hospitalisation de jour), et non aux patients ambulatoires.

124. Les Parties relèvent qu'à côté du facteur de proximité qui joue pour la plupart des soins hospitaliers, le choix du patient est influencé par trois types de considérations, à savoir la qualité et la réputation de son personnel médical, la disponibilité et la saturation des soins et la spécialisation reconnue dans les soins.[122] Ces facteurs coïncident avec les constatations du SPF Santé publique.[123]

125. Une enquête lancée auprès des patients du CHR Haute Senne,[124] portant sur la satisfaction de leur patientèle indique que les cinq principales raisons du choix de cet hôpital sont (i) la proximité de l'hôpital, (ii) la réputation d'un spécialiste, (iii) la confiance dans la qualité des soins, (iv) une hospitalisation préalable satisfaisante, et (v) le conseil du médecin traitant.

126. Ces éléments suggèrent que les patients pourraient opter pour un hôpital en fonction de la qualité perçue, incluant la « réputation » de l'hôpital d'un point de vue général indépendamment de la spécialité en question. Les Parties étant des hôpitaux généraux, et à l'exception de certaines spécialités, leur relation concurrentielle pourrait donc être également de nature globale et agrégée pour les différentes spécialités offertes.

127. Ainsi, pour l'Auditorat, le marché des hospitalisations doit s'entendre comme visant les hospitalisations au sein des hôpitaux généraux au sens large, à l'exclusion des hospitalisations en hôpital psychiatrique.[125] En effet, les Parties exploitent des hôpitaux généraux relevant de règles d'agrément et d'organisation spécifiques. Cette exclusion des hospitalisations psychiatriques se déduit aussi des informations transmises par les Parties dans le formulaire de notification,[126] ainsi que de la Concentration envisagée qui ne couvre pas les activités psychiatriques anciennement rattachées à l'Hôpital Ambroise Paré. L'auditeur considère dès lors que les hôpitaux psychiatriques peuvent être distingués des hôpitaux

---

[119] Voir notamment [**CONFIDENTIEL**] la réponse [redacted] ; du Collège intermutualiste national à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce IV.2.A3.1), p. 4 ; de la DKV à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce V.1.A2.1), p. 5 ; du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 2.

[120] Voir la réponse du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 2.

[121] Voir notamment article 2 de la Loi sur les hôpitaux.

[122] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 114-117.

[123] Le SPF Santé publique confirme qu'en Belgique « *les patients ont une liberté de choix absolue. En théorie, il n'y a donc pas d'obstacle à ce que les patients de la zone géographique concernée se rendent dans d'autres hôpitaux. En outre, il est également absolument interdit aux hôpitaux de faire de la publicité ou de recruter des patients de quelque manière que ce soit. Cette interdiction a un impact sur la façon dont les hôpitaux peuvent commercialiser leurs services. L'image, le bouche-à-oreille, l'offre, la notoriété des médecins, sont plus susceptibles d'être des facteurs qui influenceront le choix du patient.* » Voir réponse du SPF Santé Publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 6.

[124] Voir réponse du CHR Haute Senne à la DDR du 20 juin 2023 (pièce III.1.A2.1)].

[125] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 15 et 68-73 et p. 53.

[126] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), p. 53 : *« Sur ce segment, l'offre des hôpitaux généraux est concurrencée, sur de nombreux aspects, par l'offre des hôpitaux psychiatriques. Aussi, le fait d'exclure les hôpitaux psychiatriques du calcul des parts de marché s'agissant de ce type de soins a pour effet d'artificiellement gonfler les parts de marché des hôpitaux généraux, offrant des services de soins psychiatriques. »*

généraux puisqu'ils offrent des soins hospitaliers de nature différente et ciblent une certaine catégorie de pathologies d'ordre psychiatriques et non un large éventail de pathologies diverses.

128. L'instruction révèle par ailleurs qu'une série de sous-segmentations du marché global des hospitalisations est possible : par (i) index de lits agréés ; (ii) lits aigus/chroniques/psychiatriques ; (iii) hospitalisation classique ou de jour ; (iv) MDC ; et (v) ligne de services. L'enquête de marché révèle que le secteur n'accorde pas de prévalence à une segmentation plutôt qu'à une autre.

129. La segmentation <u>par index de lits agréés</u> présente une certaine pertinence étant donné qu'aucune activité hospitalière ne peut être exercée sans agrément.[127] Elle comporte également des faiblesses car elle ne reflète pas les activités médicales conformément à la pratique réelle et avec le niveau de granularité requis.[128] Elle offre dès lors une vision statique des hospitalisations : les lits agréés sont le résultat de la logique de planification par les autorités publiques et restent stables dans le temps sous l'effet notamment du moratoire sur les lits. Evaluer les parts de marché des hôpitaux sur cette base ne semble pas permettre d'appréhender l'activité réelle au sein des hôpitaux. Les Parties elles-mêmes indiquent que « la modification du nombre de lits agréés par hôpital étant sujette à une procédure longue et difficile, les hôpitaux doivent transférer des lits agréés d'un agrément à un autre s'ils veulent y ouvrir un service non encore fourni à la population voisine du site bénéficiaire ».[129]

130. La segmentation <u>par lits aigus, chroniques et psychiatriques</u> est une catégorisation plus large que celle par index de lit agréés. Elle comporte des limites similaires à celle par index de lits agréés quant à la granularité et au reflet réel des activités.

131. La segmentation <u>par hospitalisation classique ou de jour</u> constitue une division très large des activités hospitalières et n'offre pas non plus un degré de granularité au niveau des activités. Elle est toutefois plus représentative de la réalité des activités hospitalières puisqu'elle reflète l'essence même de l'hôpital tel que défini dans la Loi sur les hôpitaux en tant qu'« établissements de soins de santé où des examens […] peuvent être effectués […] à des patients qui y sont admis et peuvent y séjourner […] ». Cette spécificité est également relevée par le SPF Santé publique dans sa réponse à l'enquête de marché.[130]

132. Les données relatives aux hospitalisations de jour et classique sont transmises sur une base annuelle et par l'ensemble des hôpitaux au SPF Santé publique dans le cadre du résumé hospitalier minimum (RHM) servant de base au financement des hôpitaux. Les données des hospitalisations et du RHM plus globalement sont particulièrement adéquates car elles reflètent de manière dynamique et évolutive les activités hospitalières pour tous les hôpitaux généraux. Il s'agit de données existantes issues de la régulation des activités par les autorités publiques. Les données du RHM ont deux objectifs : elles servent de base à la politique de santé du gouvernement (permettant notamment de prévoir les besoins en matière de services hospitaliers, de décrire les normes d'agrément, d'organiser le financement des hôpitaux et de déterminer la politique d'exercice de la médecine) mais aussi à celle des hôpitaux (entre

---

[127] La segmentation sous l'angle des lits agrées par index de lits est perçue comme particulièrement adéquate par les Parties puisque les établissements de santé doivent obligatoirement détenir l'agrément pour pouvoir exercer les activités de soin énumérées. Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 81 et 82.

[128] Une tentative de classification des 25 lits agrées par index aboutit à 8 grands types de lits : des lits chirurgicaux, lits médicaux, lits pédiatriques, lits gériatriques, des lits de maternité, des lits pour le traitement et la réadaptation d'affections diverses (cardiopulmonaires, appareil locomoteur, soins palliatifs) des lits neuropsychiatriques et des lits psychiatriques. Il n'existe pas par exemple de lits agrées oncologiques ou de lits ophtalmologiques.

[129] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 84.

[130] Voir la réponse du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 4.

autres via la production d'un benchmark général et de benchmarks individualisés fournis à chaque hôpital), permettant ainsi aux hôpitaux de se positionner par rapport à d'autres hôpitaux analogues.[131]

133. La segmentation par MDC regroupe également des données également issues des données du RHM et offre de ce fait les mêmes avantages que la segmentation par hospitalisation classique et de jour avec l'atout d'une granularité plus fine, puisqu'elle classifie les pathologies en 28 catégories correspondant le plus souvent à des soins concernant un organe ou une partie du corps. Chaque catégorie MDC rassemble elle-même un certain nombre de APR-DRG.[132] *Les 332 APR-DRG répertorient les patients en fonction de leur état de santé et l'importance des ressources médicales nécessaires à leur traitement et peuvent encore être sous-divisés en catégorie de sévérité et selon le risque de mortalité.*

134. La segmentation par ligne de service est une classification qui se fonde également sur les APR-DRG et qui est organisée par le Programme de benchmarking 3M pour ses clients.[133] *Le benchmarking qu'elle réalise grâce aux données fournies par les hôpitaux est accessible à plus de 80% des hôpitaux généraux en Belgique. Le Programme 3M constitue ainsi une autre forme de regroupement des APR-DRG qui tente de refléter au plus proche la pratique médicale sur le terrain. Le Programme 3M identifie ainsi 40 lignes de service différentes. Etant donné qu'une grande majorité des hôpitaux généraux (83 hôpitaux sur 103) utilisent le Programme 3M,*[134] *l'auditeur considère que cette catégorisation est représentative des évaluations internes effectuées par les hôpitaux. Les Parties ont indiqué utiliser ce service.*[135]

V.1.1.d Conclusion de l'auditeur

135. L'auditeur conclut que le marché de produits pertinent peut être défini comme le marché des hospitalisations à l'exclusion des hospitalisations en hôpital psychiatrique.

136. Etant donné que la Concentration ne soulève pas de doutes sérieux quant à l'admissibilité de la Concentration indépendamment des segmentations possibles mentionnées ci-dessus, l'auditeur considère que la définition précise des marchés peut être laissée ouverte.

137. L'impact de la Concentration sera de toute façon évalué ci-dessous à la fois sur un marché des hospitalisations et sur la base des segmentations plus étroites des hospitalisations classiques et de jour, ainsi que des lignes de services.

V.1.2 Marché géographique

V.1.2.a Pratique décisionnelle

138. Dans sa pratique décisionnelle, la ***Commission européenne*** *laisse systématiquement ouverte la question de savoir si le marché des hospitalisations est de dimension nationale, régionale ou locale. En ce qui concerne la France, bien qu'elle ait laissé la définition géographique du marché ouverte, la Commission a envisagé une dimension locale s'étendant à un rayon de 30 minutes de trajet en voiture autour de l'établissement concerné.*[136] *En ce qui concerne l'Allemagne, la Commission n'a également pas défini la*

---

[131] Voir site internet du SPF Santé publique, « Résumé Hospitalier Minimum (RHM) », disponible à : https://www.health.belgium.be/fr/sante/organisation-des-soins-de-sante/hopitaux/systemes-denregistrement/rhm.

[132] Voir *supra*, § 114-115.

[133] Voir *supra*, § 117-118.

[134] Voir site internet 3M, disponible à : https://www.3mbelgique.be/3M/fr_BE/health-care-bnl/healthinformationsystems. Voir également Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 100.

[135] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 102.

[136] Commission européenne, décisions du 19 novembre 2018 dans l'affaire M.9015, *Penta Investments / Aseco Poland / Prosoft*, § 18 ; du 14 décembre 2015 dans l'affaire M.7833, *CDC International Capital / Mubadala Development Company / Vivalto Bel / Groupe Vivalto Santé*, § 21 ; du 28 avril 2014 dans l'affaire M.7221, *Bridgepoint Capital / Medi-Partenaires*, § 26.

dimension du marché mais a réalisé une évaluation aux niveaux national, régional et local sur la base d'isochrones de 200 kilomètres, 100 kilomètres et 50 kilomètres.[137]

139. Dans la décision précitée du 30 juin 2021 concernant la concentration entre les hôpitaux bruxellois, ***l'ABC*** *ne s'est pas formellement prononcée sur la dimension géographique du marché et a laissé la définition précise ouverte, bien que son analyse se soit fondée entre autres sur une analyse locale des hospitalisations offertes par les parties à la concentration.*[138]

*140. C'est également la pratique constante de l'****ADLC*** *de laisser également la définition géographique du marché de l'offre de diagnostics et de soins hospitaliers ouverte, sur la base du fait que ce marché peut être de dimension locale, départementale ou régionale.*[139] *S'agissant de la définition des zones locales, l'ADLC s'appuie sur des empreintes réelles qui consistent à agréger les zones géographiques de résidence des patients les plus proches de l'établissement étudié par codes géographiques jusqu'à ce que l'ensemble des zones prises en compte représente 80% des patients de l'établissement.*[140]

*141. Dans sa pratique décisionnelle, l'****ACM*** *utilise principalement les paramètres du temps de trajet et des « flux de patients » afin de déterminer de quelles communes proviennent les patients des hôpitaux fusionnés et vers quels hôpitaux se dirigent les patients des zones concernées,*[141] *et ainsi pouvoir déterminer le marché géographique. L'ACM considère généralement que le marché géographique des soins hospitaliers généraux est de dimension locale ou régionale,*[142] *alors que le marché des soins complexes est généralement plus vaste, jusqu'à parfois avoir une dimension nationale.*[143]

142. En Allemagne, le ***Bundeskartellamt*** *n'a pas non plus tranché définitivement la question et considère que les soins hospitaliers aigus sont généralement fournis sur des marchés régionaux tout en envisageant également des zones locales au sein de la région concernée.*[144]

V.1.2.b Position des Parties notifiantes

143. Les Parties notifiantes ne suivent pas la pratique décisionnelle et considèrent que le marché géographique pertinent peut être délimité eu égard aux deux provinces sur lesquelles elles sont actives, à savoir le Hainaut et le Brabant wallon.[145]

144. Les Parties notifiantes relèvent en outre que cette délimitation du marché géographique pertinent est conservatrice, compte tenu notamment de l'existence d'un important degré de substituabilité entre les hôpitaux du Brabant wallon et ceux de la Région de Bruxelles-Capitale. De plus, les Parties notifiantes soulignent le caractère mobile des patients, qui ne sont pas toujours amenés à opter pour l'hôpital le plus proche de leur domicile, dans la mesure où un autre hôpital de la région jouirait d'une meilleure

---

[137] Commission européenne, décision du 15 novembre 2016 dans l'affaire M.8146, *Carlyle / Schön Family / Schön Klinik*, § 23.

[138] La décision ABC-2021-CC-11-AUD du 30 juin 2021 étant une décision simplifiée, cette dernière ne décrit pas les aspects méthodologiques suivis pour l'analyse de la concentration.

[139] Voir par exemple ADLC, décision n° 21-DCC-86 du 2 juin 2021 précitée, § 19 et décision n°20-DCC-38 précitée, § 40.

[140] Voir par exemple ADLC, décision n° 21-DCC-86 du 2 juin 2021 précitée, § 20.

[141] Voir ACM, 17 juillet 2019, ACM/19/034888, § 49, p. 13 ; ACM, 2 mai 2019, ACM/18/034722, § 39, p. 11 ; ACM, 1 avril 2021, ACM/20/039308, § 64 et § 74.

[142] Voir ACM, 21 avril 2017, 16.1297.22, § 33, p. 10 ; ACM, 1 avril 2021, ACM/20/039308, § 88 ; ACM, 2 mai 2019, ACM/18/034722, § 43, p. 12.

[143] Voir ACM, 29 juin 2022, ACM/22/178040, § 57 ; ACM, 23 décembre 2021, ACM/21/052995, § 46 et s., p. 14 ; ACM, 1er avril 2021, ACM/20/039308, § 89.

[144] Bundeskartellamt, décision du 7 juin 2021, B3-67/21, *Charité – Universitätsmedizin Berlin|Deutsches Herzzentrum Berlin,* p. 7.

[145] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 112.

réputation, proposerait des délais de rendez-vous plus courts ou garantirait des soins qui ne sont pas disponibles ailleurs.[146]

V.1.2.c Instruction

145. L'enquête de marché menée auprès des concurrents des Parties et autres acteurs du secteur révèle que le marché géographique est majoritairement considéré comme étant plus étroit que le marché national.

146. Les concurrents des Parties considèrent que le marché géographique est de dimension régionale voire locale,[147] *à l'exclusion d'un concurrent qui estime que ce marché est de dimension nationale.*[148]

147. Le Collège intermutualiste national (CIN) considère que le marché géographique peut être délimité au niveau des deux provinces du Hainaut et du Brabant wallon.[149] *L'association des médecins spécialistes le Monde des Spécialistes est également d'avis que le marché est de dimension infranationale, et peut s'étendre aux deux provinces précitées.*[150]

148. Parmi les assureurs interrogés,[151] *la DKV confirme l'existence selon elle d'un marché géographique infranational, de dimension locale pouvant s'étendre à un rayon de 30 minutes de trajet en voiture, et qui pourrait éventuellement être délimité dans le cas d'espèce aux deux provinces où les Parties sont actives, à savoir celles du Hainaut et du Brabant wallon. Les autres assureurs interrogés ne se sont pas prononcés sur la définition du marché géographique.*

149. Les associations de patients interrogées, à savoir la Fondation contre le cancer et la Ligue des usagers des services de santé (LUSS), ne se sont pas prononcées sur la dimension géographique du marché.

150. Un médecin membre de l'Association Belge des Syndicats Médicaux (ABSyM) a confirmé le caractère local de ce marché.[152]

151. Parmi les régulateurs sectoriels, l'AVIQ relève que la présente Concentration recouvre, sur base des sites d'activités des Parties, une zone géographique de +/- 685.000 habitants repris sur deux provinces, le Hainaut et le Brabant wallon.[153] *Le SPF Santé publique conteste quant à lui l'opportunité d'aligner la zone géographique d'activité des hôpitaux concernés sur les frontières provinciales de deux provinces. Il considère en effet que les patients sont mobiles et ne sont pas guidés par certaines frontières administratives. Le choix de deux provinces semble donc arbitraire, de sorte qu'il serait selon lui préférable d'utiliser des données objectives et concrètes, qui sont disponibles dans le registre RHM.*[154]

152. [redacted]

[146] *Ibid.*, § 114-119.

[147] Voir la réponse du CHR Haute Senne à la DDR du 20 juin 2023 (pièce III.1.A2.1), p. 1 et du Centre Hospitalier EpiCURA à la DDR du 20 juin 2023 (pièce III.2.A2.2), p. 2.

[148] Voir [**CONFIDENTIEL**] [redacted].

[149] Voir la réponse du Collège intermutualiste national à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce IV.2.A3.1), p. 4.

[150] Voir la réponse du Monde des Spécialistes à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce VI.B.A2.1), p. 3.

[151] DKV, Ethias, Axa et AG Insurance.

[152] Voir le PV de la réunion du 30 octobre 2023 entre l'ABC et le Dr Mroue (pièce VII.2.B3.1), p. 2.

[153] Voir la réponse de l'AVIQ à la DDR du 26 octobre 2023 (pièce II.3.A2.1), p. 4.

[154] Voir la réponse du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 3.

[155] Voir Annexe 68 au Formulaire de notification (pièce I.O2.69), p. 72.

[redacted].[157]

V.1.2.d Conclusion de l'auditeur

153. L'auditeur constate que la pratique décisionnelle existante et les résultats de l'instruction convergent vers une définition de marché de dimension infranationale.

154. Etant donné que la Concentration ne soulève pas de doutes sérieux quant à l'admissibilité de la Concentration indépendamment des segmentations géographiques plausibles mentionnées ci-dessus, l'auditeur considère que la définition précise des marchés peut être laissée ouverte en l'espèce.

155. Pour les besoins de la présente analyse, l'analyse concurrentielle sera effectuée de manière conservatrice sur la base de zones de soins établies au moyen des données relatives au flux réel de patients (empreinte réelle), telles que communiquées par les Parties.[158]

V.2 L'offre de soins ambulatoires

V.2.1 Marché de produits

V.2.1.a Pratique décisionnelle

*156. A ce jour, la **Commission** n'a pas considéré ni défini de marché des soins ambulatoires. Il en va de même pour l'ABC.*

*157. Le **Bundeskartellamt** quant à lui reconnaît l'existence d'un marché pour le traitement médical ambulatoire distinct du marché du traitement médical hospitalier.[159] La principale raison en est la différentiation réglementaire existante entre les secteurs ambulatoire et hospitalier. En règle générale, les patients bénéficiant d'une assurance maladie obligatoire et les patients qui ne sont pas admis à l'hôpital ne sont pas autorisés à faire appel aux médecins travaillant dans les hôpitaux, car ces derniers ne participent généralement pas aux soins ambulatoires.[160] Par ailleurs, le Bundeskartellamt estime qu'il n'y a que peu de substituabilité du côté de la demande du point de vue du patient entre les soins hospitaliers et les soins ambulatoires.[161]*

*158. L'**ACM** et l'**ADLC**, de leur côté, ne retiennent pas de marché de produits distinct pour les soins ambulatoires. Comme mentionné ci-dessus, l'ACM distingue le marché des soins cliniques de celui des soins non cliniques qui comprend aussi bien les soins ambulatoires que les hospitalisations de jour. L'ADLC semble englober les soins ambulatoires dans le marché de l'offre de diagnostics et de soins hospitaliers.[162]*

---

[156] Voir la réponse des parties à la DDR du 29 septembre 2023 (pièce I.L4.1), p. 9, § 35.

[157] **[CONFIDENTIEL]** [redacted].

[158] Voir description complète de la méthodologie de l'Auditorat *infra*, section VI.1.

[159] Bundeskartellamt, décision du 30 juillet 2020 dans l'affaire B3-33/20 précitée, § 214 ; décision du 19 février 2014 dans l'affaire B 3-109/13 précitée, § 202 ; décision du 12 mars 2013 dans l'affaire B3-132/12 précitée, § 307.

[160] Bundeskartellamt, décision du 30 juillet 2020 dans l'affaire B3-33/20 précitée, § 214 ; décision du 19 février 2014 dans l'affaire B3-109/13 précitée, § 202.

[161] Bundeskartellamt, décision du 19 février 2014 dans l'affaire B 3-109/13 précitée, § 202.

[162] Voir ADLC, décision n°20-DCC-38 précitée, § 33-37.

*159. En revanche, comme expliqué ci-dessus, l'**autorité de concurrence roumaine** (Consiliul Concurentei) retient un marché distinct des soins ambulatoires, qui vise les soins de santé fournis aux patients par des établissements de soins de santé sans nécessiter d'hospitalisation. Ce marché peut éventuellement être sous-segmenté en services de (i) consultations (pouvant être sous-divisée par spécialités), (ii) d'imagerie médicale, et (iii) de laboratoire.*[163]

*160. Enfin, l'**autorité espagnole de la concurrence** (Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia) note la disparité d'approches des autorités de la concurrence au sein de l'Union européenne quant à la définition de marchés d'activités hospitalières ne relevant pas d'une hospitalisation en tant que telle.*[164]

V.2.1.b Position des Parties notifiantes

161. Les Parties notifiantes sont d'avis qu'il est pertinent d'envisager l'existence d'un marché de l'offre de soins ambulatoires, ces derniers étant définis comme les soins médicaux prodigués dans une structure hospitalière en dehors d'une hospitalisation (classique ou de jour).[165]

162. Il ne serait toutefois pas nécessaire, selon les Parties notifiantes, d'envisager une segmentation plus fine de ce marché, dès lors qu'il n'existe pas d'organisation ou de catégorisation commune aux différents hôpitaux généraux sur base de laquelle il serait possible de segmenter le marché.[166]

V.2.1.c Instruction

163. Il ressort de l'instruction que le système des soins de santé belge présente des spécificités propres. Il est d'ailleurs important de souligner d'emblée la particularité du terme « ambulatoire » dans le contexte belge en comparaison avec d'autres pays. En France par exemple, la définition du terme de « prise en charge ambulatoire » se rapproche de celle d'une hospitalisation de jour dans le contexte belge.[167] *Cette précision terminologique a d'ailleurs été faite par le Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (« KCE ») dans un rapport de 2017 concernant l'extension des opérations chirurgicales en hôpital de jour en Belgique. Le rapport, rédigé en anglais, utilise les termes « day-surgery » (intervention chirurgicale dans un bloc opératoire en hôpital de jour) plutôt que le terme « ambulatory », et désigne les interventions chirurgicales réalisées en dehors du bloc opératoire par le terme « outpatient » (intervention chirurgicale dans le cabinet d'un spécialiste, que ce soit à l'hôpital ou non).*[168]

164. L'Organisation de coopération et de développement économiques (« OCDE ») a également défini une catégorie de soins « outpatient » dans le cadre du suivi qu'elle réalise des dépenses réalisées par les Etats dans les soins de santé : « An out-patient is not formally admitted to the facility (physician's private office, hospital out-patient centre or ambulatory-care centre) and does not stay overnight. An out-patient is thus

---

[163] Voir Consiliul Concurentei (autorité de la concurrence roumaine), décision du 19 décembre 2022, *Vita Care Flav SRL|Muntenia Medical Competences SA*.

[164] Voir Comisión Nacional de los Mercados y la Competencia, décision du 12 avril 2019 dans l'affaire C/0966/18, *Quirón/Clinicá Santa Cristina,* § 66 et note de bas de page 14.

[165] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 129.

[166] *Ibid.*, § 131.

[167] Voir notamment ADLC, décision n°20-DCC-38 du 28 février 2020 relative à la prise de contrôle exclusif de la société Hexagone Santé Méditerranée et de la SCI Bonnefon-Carnot par le groupe Elsan, § 33.

[168] Voir également KCE, « Proposals for a further expansion of day surgery in Belgium », Health Services Research (HSR), 2017, KCE Reports 282, p. 7 : "*More precisely, we opted to use the term "day surgery" and to avoid the term "ambulatory surgery" as the latter may cause confusion in a Belgian context where the Dutch word "ambulant" and the French word "ambulatoire" rather refer to office-based procedures (i.e. provided in a doctor's consulting room or office), which can be outside or inside the hospital premises.*" Traduction libre : « *Plus précisément, nous avons choisi d'utiliser le terme "chirurgie de jour" et d'éviter le terme "chirurgie ambulatoire" car ce dernier peut prêter à confusion dans un contexte belge où le mot néerlandais "ambulant" et le mot français "ambulatoire" se réfèrent plutôt à des procédures en cabinet (c'est-à-dire fournies dans la salle de consultation ou le bureau d'un médecin), qui peuvent être à l'extérieur ou à l'intérieur des locaux de l'hôpital* ».

a person who goes to a health care facility for a consultation/treatment, and who leaves the facility within several hours of the start of the consultation without being "admitted" to the facility as a patient ».[169]

165. L'instruction révèle également que cette catégorie de soins « outpatient » ou « ambulatoires » pourrait constituer un marché distinct de celui des hospitalisations dans le contexte belge. Ainsi, les soins ambulatoires peuvent être décrits du point de vue de la demande comme étant les soins de santé fournis en dehors d'une hospitalisation (classique ou de jour), au sein d'un hôpital ou non (cabinet privé ou autre).[170] *Il peut s'agir d'une série de prestations différentes, allant de la consultation aux examens médicaux, en passant par des procédures ne nécessitant pas d'admission comme les échographies ou la radiologie. Du point de vue de l'offre, les soins ambulatoires ne tombent pas sous le champ d'application de la Loi sur les hôpitaux et ne rentrent donc pas en ligne de compte pour le budget des hôpitaux (le BMF).*[171] *Ils constituent toutefois bien une source de revenus indirecte et importante pour les hôpitaux (soit environ 40% du budget total de l'hôpital) par le biais des rétributions d'honoraires versées par les médecins sur ces soins.*[172]

166. Les soins ambulatoires peuvent être fournis soit par des médecins généralistes, soit par des médecins spécialistes. Les soins ambulatoires offerts par les médecins généralistes ne sont pratiquement jamais fournis au sein d'une structure hospitalière,[173] *et s'inscrivent dans la fourniture de soins dits de « première ligne ».*[174] *La première ligne « concerne l'ensemble des services pouvant être dispensés de manière ambulatoire à domicile, dans une association intégrée, dans un service décentralisé ou encore un cabinet privé ».*[175] *L'organisation de la première ligne a été transférée aux Régions suite à la sixième réforme de l'Etat, alors que l'organisation des hôpitaux relève de l'Etat fédéral.*[176]

167. Les médecins spécialistes sont quant à eux en mesure de fournir des soins ambulatoires tant au sein d'un hôpital (dans un espace prévu à cet effet séparé des patients hospitalisés) qu'au sein d'un cabinet privé ou d'une clinique privée. [177] *Sur la base de ce qui précède, l'offre de soins ambulatoires des médecins généralistes ne semble donc pas être substituable à l'offre de soins ambulatoires des médecins spécialistes du point de vue d'un patient.*

---

[169] OECD, *A System of Health Accounts*, 2011 (révisé en 2017), Document *Definitions, Sources and Methods*, p. 6. Traduction libre : « *Un patient ambulatoire n'est pas officiellement admis dans l'établissement (cabinet médical, centre hospitalier externe ou centre de soins ambulatoires) et n'y passe pas la nuit. Un patient ambulatoire est donc une personne qui se rend dans un établissement de soins de santé pour une consultation ou un traitement et qui quitte l'établissement dans les heures qui suivent le début de la consultation sans être "admise" dans l'établissement en tant que patient* ».

[170] Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 130, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2. Voir également la réponse du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), question 7b.

[171] Voir *supra,* description du secteur, section IV.

[172] *Ibid.*

[173] A l'exception près de l'organisation du poste de garde de médecine générale imposé par la Région wallonne. Il est possible que le poste de garde soit tenu au sein d'un hôpital. Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", Health Systems in Transition, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 128, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

[174] Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 129, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

[175] Voir article publié dans Le Guide Social, *La Wallonie réorganise les soins de première ligne*, 1er août 2016, disponible à : https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/article/la-wallonie-reorganise-les-soins-de-premiere-ligne.

[176] Loi spéciale du 6 janvier 2014 relative à la Sixième réforme de l'Etat, M.B. 31 avril 2014.

[177] Voir S. Gerkens et S. Merkur, "Belgium: Health System Review 2020", *Health Systems in Transition*, 2020, Vol. 22, No. 5, p. 130, disponible à : https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/339168/HiT-22-5-2020-eng.pdf?sequence=2.

168. L'enquête de marché réalisée dans le cadre de l'instruction auprès des concurrents des Parties et d'autres acteurs du secteur soutient l'existence d'un marché distinct pour les soins ambulatoires spécialisés.

169. La plupart des concurrents des Parties valident la pertinence et l'existence d'un marché de l'offre de soins ambulatoires.[178]

170. Le Collège intermutualiste national (CIN) confirme également l'existence d'un marché de l'offre de soins ambulatoires, au sein duquel il conviendrait de distinguer entre les consultations de spécialistes pouvant avoir lieu en dehors de l'hôpital, et celles qui ne peuvent avoir lieu qu'à l'hôpital.[179]

171. Parmi les assureurs interrogés, la DKV et Ethias sont d'accord avec l'existence d'un tel marché de l'offre de soins ambulatoires.[180]

172. En ce qui concerne les soins à considérer comme ambulatoires, l'enquête de marché confirme que la notion de soins ambulatoires recouvre l'ensemble des soins ne nécessitant pas une hospitalisation classique ou de jour, à savoir les consultations et les actes médico-techniques (imagerie médicale, biologie clinique, etc.).[181]

173. Les régulateurs sectoriels confirment l'existence d'un marché des soins ambulatoires. Le SPF Santé publique considère que les activités des soins ambulatoires doivent être considérées comme un marché distinct des hospitalisations. Ce dernier englobe l'ensemble des soins offerts aux patients en dehors des hospitalisations classiques et de jour, recouvrant ainsi l'ensemble des soins pour lesquels le patient ne passe pas la nuit à l'hôpital ou les soins en hôpital de jour pour lesquels un forfait spécifique aux hospitalisations peut être facturé.[182] *L'AVIQ quant à elle se fonde sur la définition avancée par le KCE, à savoir que les soins ambulatoires sont « les prestations dispensées dans un cabinet privé ou une policlinique ou tout autre infrastructure non institutionnelle ou centre indépendant, y compris au domicile du patient ».*[183]

174. Un médecin interrogé membre de l'Association Belge des Syndicaux médicaux (ABSyM) approuve également l'existence d'un marché de produits séparé pour les soins ambulatoires, compte tenu du fait que la majorité des hôpitaux belges disposent d'une offre globale de soins ambulatoires.[184]

V.2.1.d Conclusion de l'auditeur

175. L'auditeur constate que la pratique décisionnelle existante et les résultats de l'instruction convergent vers l'existence d'un marché de l'offre de soins ambulatoires spécialisés excluant les soins ambulatoires réalisés par les médecins généralistes et distinct du marché des soins hospitaliers.

---

[178] Voir la réponse du CHR Haute Senne à la DDR du 16 octobre 2023 (pièce III.1.B6.1), p. 3, du Grand Hôpital de Charleroi à la DDR du 16 octobre 2023 (pièce III.5.B4.1), p. 3 et [**CONFIDENTIEL**] [redacted]

[179] Voir la réponse du Collège intermutualiste national à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce IV.2.A3.1), p. 5.

[180] Voir les réponses de la DKV à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce V.1.A2.1), p. 4 ; et d'Ethias à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce V.2.A3.2), p. 5.

[181] Voir notamment les réponses du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 4 ; du Collège intermutualiste national à la DDR du 13 octobre 2023, (pièce IV.2.A3.1), p. 5 et du Monde des Spécialistes à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce VI.B.4.A2.1), p. 3 ; du CHR Haute Senne à la DDR du 16 octobre 2023 (pièce III.1.B6.1), p. 3 ; du Centre Hospitalier EpiCURA à la DDR du 16 octobre 2023 (pièce III.2.D2.1), p. 3 ; [**CONFIDENTIEL**] [redacted] ; de la Clinique Notre-Dame de Grâce à la DDR du 16 octobre 2023 (pièce III.4.A3.1), p. 3 ; et du Grand Hôpital de Charleroi à la DDR du 16 octobre 2023 (pièce III.5.B4.1), p. 3.

[182] Voir la réponse du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 4.

[183] Voir la réponse de l'AVIQ à la DDR du 26 octobre 2023 (pièce II.3.A2.1), p. 5. Voir également KCE, « Évolution de l'hospitalisation de jour : impact du financement et de la règlementation – Synthèse », Health Services Research (HSR), 2012, KCE Reports 192Bs.

[184] Voir le PV de la réunion du 30 octobre 2023 entre l'ABC et le Dr Mroue (pièce VII.2.B3.1), p. 2.

176. Etant donné que la Concentration ne soulève pas de doutes sérieux quant à l'admissibilité de la Concentration indépendamment des segmentations plausibles mentionnées ci-dessus, l'auditeur considère que la définition précise des marchés peut être laissée ouverte en l'espèce.

177. A titre conservatoire, l'impact de la Concentration sera analysé plus en détail sur un marché des soins ambulatoires spécialisés global, ainsi que sur la base de segmentations plus étroites déterminées au niveau de la spécialisation sous laquelle sont repris les soins ambulatoires spécialisés prodigués dans la nomenclature INAMI.[185]

V.2.2 Marché géographique

V.2.2.a Pratique décisionnelle

*178. Comme indiqué ci-dessus, la **Commission européenne** n'a, à ce jour, pas considéré ni défini de marché des soins ambulatoires (spécialisés ou non). Il en va de même pour l'**ABC** et l'**ADLC**.*

*179. Le **Bundeskartellamt** quant à lui a considéré qu'il y avait de bonnes raisons de retenir une dimension au moins régionale pour le marché du traitement médical ambulatoire.*[186] *Ainsi, le Bundeskartellamt estime que les services médicaux ambulatoires sont généralement fournis à une distance relativement proche du lieu de résidence du patient afin de permettre l'intégration du traitement dans la vie quotidienne.*

*180. Quant à **l'autorité roumaine de la concurrence**, qui retient dans sa pratique décisionnelle un marché distinct des soins ambulatoires, elle considère que le marché géographique est de dimension régionale.*[187]

V.2.2.b Position des Parties notifiantes

181. Les Parties notifiantes considèrent que le marché de l'offre de soins ambulatoires doit être défini sur une base provinciale, et à l'instar du marché des hospitalisations, délimité aux deux provinces sur lesquelles sont actives les Parties, à savoir le Hainaut et le Brabant wallon.[188]

182. Les Parties notifiantes sont néanmoins d'avis que la définition du marché géographique peut être laissée ouverte, dès lors que la Concentration n'affectera pas le marché de l'offre de soins ambulatoires compte tenu du nombre d'acteurs présents sur ce marché, et ce quelle que soit la définition retenue.[189]

V.2.2.c Instruction

183. Les réponses à l'enquête de marché ne sont pas tranchées. Ainsi, en ce qui concerne les concurrents, le Centre Hospitalier Régional de la Haute Senne considère que la dimension géographique du marché des soins ambulatoires est régionale et s'étend aux provinces du Hainaut, du Brabant wallon, du Brabant flamand et à Bruxelles.[190] *Le Grand Hôpital de Charleroi et le CHU Tivoli considèrent quant à eux que le marché géographique doit être déterminé de manière locale, soit en tenant compte de la première*

---

[185] Voir la réponse de l'INAMI à la DDR du 15 septembre 2023 (pièces II.1.A5.1 et II.1.A8.1).

[186] Bundeskartellamt, décision du 30 juillet 2020 dans l'affaire B3-33/20, § 293.

[187] Voir autorité de la concurrence roumaine, décision du 19 décembre 2022, *Vita Care Flav SRL|Muntenia Medical Competences SA,* § 27.

[188] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 134-135.

[189] *Ibid.*, § 136.

[190] Voir la réponse du CHR Haute Senne à la DDR du 16 octobre 2023 (pièce III.1.B6.1), p. 4.

ceinture des bassins de population limitrophes aux sites des Parties,[191] soit en tenant compte du type de pathologie.[192]

184. En ce qui concerne les régulateurs, le SPF Santé publique n'a pas pris position sur l'étendue géographique du marché et l'AVIQ considère, à l'instar du marché géographique des hospitalisations, que les Parties à la Concentration ont des activités recouvrant une zone géographique d'environ 685.000 habitants réparties sur deux provinces, à savoir le Hainaut et le Brabant Wallon.[193]

185. Le Collège intermutualiste national (CIN) n'a quant à lui pas pris position concernant la délimitation du marché géographique.[194]

186. Parmi les assureurs interrogés, seule la DKV a donné son avis sur la dimension géographique du marché de l'offre de soins ambulatoires, en considérant qu'elle est identique à celle du marché de l'offre de soins hospitaliers, et concerne les provinces du Hainaut et du Brabant wallon.[195] Les autres assureurs ne se sont pas prononcés sur la question.

V.2.2.d Conclusion de l'auditeur

187. L'auditeur constate que la pratique décisionnelle existante et les résultats de l'instruction convergent vers une définition de marché infranationale, voire locale, sur base de zones de soins déterminées autour des sites des Parties notifiantes.

188. Etant donné que la Concentration ne soulève pas de doutes sérieux quant à l'admissibilité de la Concentration indépendamment des segmentations plausibles mentionnées ci-dessus, l'auditeur considère que la définition précise des marchés peut être laissée ouverte en l'espèce.

189. Pour les besoins de la présente analyse, l'analyse concurrentielle sera effectuée de manière conservatrice sur la base de zones de soins établies au moyen des données relatives au flux réel de patients (empreinte réelle), telles que communiquées par les Parties.

VI. Parts de marché et marchés affectés

190. L'établissement de parts de marché constitue une étape nécessaire pour identifier les marchés affectés et pour permettre un recensement objectif des établissements actifs dans les zones de soins pertinentes et de leur offre de soins respective.

191. Cependant, en ce qui concerne l'interprétation du niveau des parts de marché (voir l'analyse concurrentielle infra, sections VIII.2.1 et VIII.2.3), la règlementation du secteur hospitalier permet de relativiser les risques associés à d'éventuelles parts de marché locales significatives, et de dépasser un tel constat pour se focaliser sur l'examen et l'estimation des effets probables résultant de la mise en balance des risques objectivables et des gains d'efficacité vérifiables.

192. Face à une vague de concentrations dans le secteur hospitalier, l'ABC s'est efforcée de développer une méthodologie cohérente destinée à s'appliquer de façon systématique aux opérations concernées. Cette méthodologie vise notamment à utiliser des données existantes (nombre d'hospitalisations par APR-DRG)

---

[191] Voir la réponse du Grand Hôpital de Charleroi à la DDR du 16 octobre 2023 (pièce III.5.B4.1), p. 3.

[192] [**CONFIDENTIEL**] [redacted]

[193] Voir la réponse de l'AVIQ à la DDR du 26 octobre 2023 (pièce II.3.A2.1), p. 6.

[194] Voir la réponse du Collège intermutualiste national à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce IV.2.A3.1), p. 5.

[195] Voir la réponse de la DKV à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce V.1.A2.1), p. 5.

pour définir les bassins de soins locaux pertinents et les établissements qui y sont actifs dans la fourniture des différentes catégories de soins.

VI.1 Méthodologie de l'ABC

VI.1.1 Introduction

193. L'application du droit du contrôle des concentrations est transversale à tous les secteurs de l'économie. Elle demeure néanmoins modulable en fonction des dynamiques particulières des secteurs examinés, en ce compris leur cadre réglementaire et leur mode de financement. En ce qui concerne le secteur hospitalier, une méthodologie cohérente fondée sur les données disponibles a été développée et a vocation à s'appliquer de façon systématique aux opérations concernées. L'Auditorat a utilisé des données existantes en s'appuyant d'une part sur les informations transmises par les Parties et par le secteur, et d'autre part sur l'expertise et le concours des régulateurs sectoriels, dont le SPF Santé publique et l'INAMI.

194. A l'occasion de l'analyse de diverses opérations de concentration dans le secteur de la distribution de détail, l'ABC a développé une expérience permettant d'analyser de manière rigoureuse les marchés locaux et la situation concurrentielle au sein de ces marchés. Cette expérience est également pertinente pour l'analyse de concentrations dans le secteur hospitalier, étant donné son caractère local.

195. Dans le cadre de la présente Concentration, il existe autant de marchés locaux que de sites hospitaliers des Parties.[196] Chaque marché local, défini autour du site hospitalier considéré, correspond à la zone (appelée « zone de soins ») d'où provient une part significative des patients et au sein de laquelle les conditions de concurrence sont suffisamment homogènes. Une fois les marchés locaux définis, les parts de marché peuvent être déterminées pour les Parties et leurs concurrents. A cet égard, il convient de noter que le site de HAP à Mons est localisé à moins d'un kilomètre du site de PHJ Mons, et que les parts de marché dans la zone de soins de HAP et les parts de marché calculées dans la zone de soins de PHJ Mons sont très similaires. En raison de ce haut degré de similitude entre les deux zones de soins, l'auditeur a décidé qu'il était suffisant de ne considérer qu'une seule zone pour HAP et PHJ Mons dans son analyse (ci-après « HAP-PHJ Mons »).

196. La délimitation des zones de soins se base sur la localisation réelle des patients[197] de chaque site hospitalier des Parties. Elle se fonde sur le calcul du temps de parcours en voiture entre le centre du code postal où sont domiciliés les patients et le site hospitalier en question,[198] ce qui permet de définir la frontière de l'isochrone formant le marché local.

197. Les autorités de concurrence, dont l'ABC, considèrent de manière générale que le marché géographique pertinent est une zone où résident les clients qui ont généré 80% du chiffre d'affaires du site considéré.[199] Ce taux est justifié par le fait que le montant des ventes générées à proximité d'un site décroit progressivement lorsque l'on s'éloigne de celui-ci, et que les 20% restants sont situés sur un territoire nettement plus vaste que la zone située à proximité du site et sur lequel l'entreprise en question n'exerce

---

[196] Il existe en l'espèce 6 marchés locaux correspondant au site de HAP (lequel correspond également au même marché local du site de PHJ Mons) et aux 5 autres de PHJ.

[197] Le terme « patient » désigne ici les patients en soins ambulatoires et les patients en soins hospitaliers. Une analyse séparée est effectuée pour chacun de ces types de patients, les deux activités constituant des marchés distincts.

[198] La localisation géographique exacte des sites hospitaliers a été communiquée par les Parties notifiantes à l'Auditorat.

[199] Voir, à titre d'exemple ADLC, décision n°20-DCC-38 du 28 février 2020 relative à la prise de contrôle exclusif de la société Hexagone Santé Méditerranée et de la SCI Bonnefon-Carnot par le groupe Elsan, § 42.

qu'une faible pression concurrentielle.[200] La limite de 80% peut varier en fonction des résultats du contrôle de robustesse qui peut soit confirmer la limite de 80% des ventes[201] soit, au contraire, aboutir à la détermination d'un autre taux de couverture.[202]

198. L'Auditorat a ainsi déterminé la taille totale du marché de chaque zone de soins[203] en localisant l'ensemble des patients traités par un hôpital général (séparément pour le marché des hospitalisations et pour le marché des soins ambulatoires spécialisés), représentant 80% du chiffre d'affaires pertinent. L'Auditorat a ensuite identifié l'ensemble des autres hôpitaux et prestataires de soins ambulatoires fréquentés par les patients originaires de la zone de soins. Les parts de marché des Parties sont exprimées comme le rapport entre d'une part la somme des patients des Parties originaires de la zone de soins (le numérateur) et d'autre part la somme du nombre de patients originaires de la zone de soins qui se déplacent vers tous les hôpitaux et autres prestataires de soins ambulatoires actifs dans la zone (le dénominateur).[204] De la même manière, les parts de marché de chaque concurrent actif dans la zone sont définies comme le rapport entre d'une part la somme de ses patients originaires de la zone de soins (le numérateur) et d'autre part la somme du nombre de patients originaires de la zone de soins qui se déplacent vers tous les hôpitaux actifs et autres prestataires de soins ambulatoires dans la zone (le dénominateur).

VI.1.2 Détermination des zones de soins

199. A titre préliminaire, l'auditeur précise ne retenir que les données de 2019 dans son analyse, en dépit de la disponibilité des données de 2020 et 2021. Ce choix repose sur la volonté d'utiliser des informations représentatives du fonctionnement habituel des hôpitaux. Les années 2020 et 2021 ont en effet été marquées par la pandémie de Covid-19 et ont eu un effet de ralentissement, voire d'arrêt, de certaines activités hospitalières, et un effet de recrudescence sur d'autres activités. Ces années ne peuvent dès lors pas donner une image fiable des activités courantes d'un établissement hospitalier.

200. Les zones de soins des Parties sont situées autour des sites suivants :

- *Site « HAP-PHJ Mons », situé Boulevard Kennedy 2, 7000 Mons ; [205]*
- *Site « PHJ Warquignies », situé Rue des Chaufours 27, 7300 Boussu ;*
- *Site « PHJ Jolimont », situé Rue Ferrier 159, 7100 Haine-Saint-Paul ;*
- *Site « PHJ Lobbes », situé Rue de la Station 25, 6540 Lobbes ;*
- *Site « PHJ Nivelles », situé Rue Samette 1, 1400 Nivelles ; et*
- *Site « PHJ Tubize », situé Avenue de Scandiano 8, 1480 Tubize.*

---

[200] Voir O. Body, G. Jans, J. Vander Cruyssen, A. Walckiers et B. Willekens, « Analyse de la concurrence locale par l'ABC », *Competitio*, 2020/4, p. 337.

[201] Voir par exemple les décisions de l'ABC du 5 février 2020, ABC-2020-C/C-05 Maurin/JAM, § 134 ; du 31 janvier 2018, BMA2018-C/C-04 Volvo/Kant, § 210 ; et du 15 mars 2016, BMA-2016-C/C-10, Ahold/Delhaize, § 220.

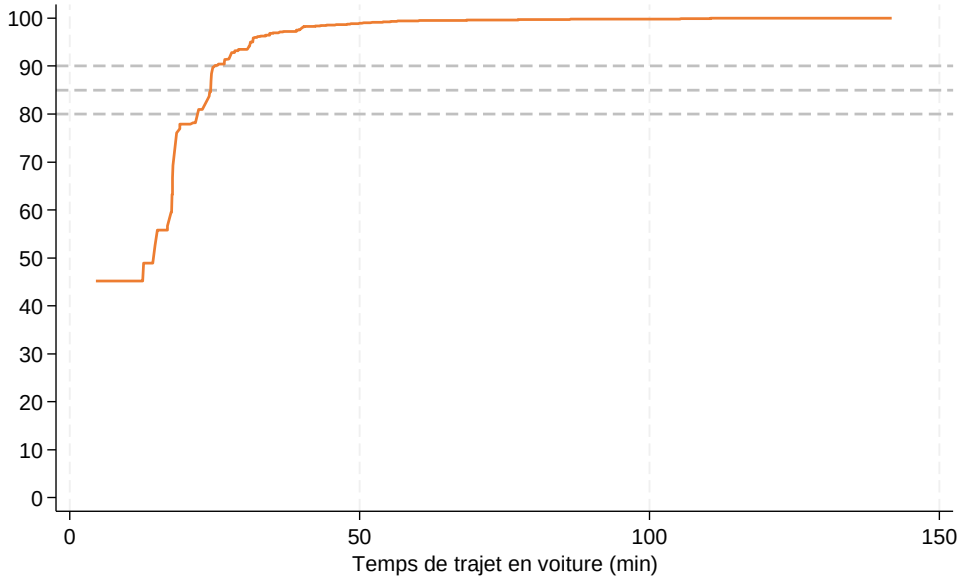
[202] Voir notamment la décision de l'ABC du 10 juillet 2018, BMA-2018-C/C-23 Intergamma/VNG, § 66, dans laquelle le taux de couverture a été fixé à 90% des ventes pour certaines zones.

[203] Au sein de chaque zone de soins sont identifiés les hôpitaux ayant des patients originaires de la zone de soins en question. Il s'agit ainsi des hôpitaux des Parties qui par définition se retrouvent dans la zone de soins mais aussi des hôpitaux des concurrents même si leur site hospitalier n'est pas localisé dans la zone de soins en question.

[204] Les hôpitaux psychiatriques n'ont pas été considérés pour le calcul des parts de marché.

[205] Le site PHJ de Mons situé Avenue Baudouin de Constantinople 5 est localisé à moins d'un kilomètre du site de HAP Mons Borinage. Les résultats des analyses locales ne différant pas de façon matérielle, les analyses locales ne sont présentées que pour la zone de soins de HAP Mons (« HAP-PHJ Mons »).

201. Des tests de robustesse ont été effectués afin d'évaluer la pertinence du seuil de 80% d'hospitalisations et des soins ambulatoires spécialisés. A titre d'exemple, le graphique ci-dessous illustre la fonction cumulative des hospitalisations autour du site HAP-PHJ Mons et montre ainsi clairement que la courbe ne s'aplanit non pas à 80%, mais bien au-delà de 90%.



Distribution cumulative des temps de trajets - Analyse locale par nombre d'hospitalisations – zone de HAP-PHJ Mons en 2019

202. Cet exercice a été effectué pour chaque zone de soins des Parties notifiantes, confirmant que le seuil de 80% sous-estime la taille de la zone de soins, et qu'un seuil de 90% est plus en adéquation avec la réalité. Le constat est similaire pour les soins ambulatoires spécialisés. A la suite de ce test, l'Auditorat a défini les isochrones de chaque site hospitalier des Parties sur base d'un seuil de 90%.

VI.2 Le marché des hospitalisations

VI.2.1 Position des Parties

203. Les Parties ont fourni des parts de marché en fonction des segmentations qu'elles estiment pertinentes, à savoir :

- *le nombre de lits agréés, dans leur ensemble mais aussi selon le caractère aigu, chronique ou psychiatrique du lit et l'index de lits agréés ;*
- *le nombre d'hospitalisations, en ce compris une sous-segmentation entre hospitalisation classique et de jour.*

204. Elles ont également transmis des parts de marché pour les catégories MDC à la demande de l'Auditorat tout en contestant la pertinence de cette segmentation. Elles signalent, en ce qui concerne la segmentation sur la base des lignes de services, ne pas être en mesure de fournir leurs parts de marché, ne connaissant pas la taille du marché total.

205. S'agissant de la délimitation géographique du marché, les Parties se fondent sur une dimension provinciale. Elles identifient deux marchés provinciaux, l'un pour la province du Hainaut et l'autre pour

celle du Brabant wallon.[206] Seules les données pour la province du Hainaut seraient toutefois pertinentes en l'absence de chevauchements sur la province du Brabant wallon.[207]

206. Bien que les données fournies se rapportent aux années 2019 à 2021, les Parties notent que seules les parts de marché concernant l'année 2019 sont représentatives de l'activité de leurs hôpitaux, compte tenu de l'impact qu'a eu la pandémie de Covid-19 sur le nombre d'hospitalisations et la répartition de celles-ci durant les années 2020 et 2021.[208]

*207. Sur le marché des hospitalisations, tant sur la base de l'ensemble de lits agréés[209] que selon le caractère aigu, chronique ou psychiatrique des lits en question,[210] la part de marché cumulée des Parties entre 2019 et 2021 est généralement inférieure à 25% dans la province du Hainaut. Les parts de marché cumulées sur les segments où les activités se chevauchent selon l'index de lits agréés dans la province du Hainaut sont inférieures à 25% entre 2019 et 2021, à l'exception des lits gériatriques (lits G). Sur les lits G, les Parties ont une part de marché cumulée de **CONFIDENTIEL** [20-30%][211] entre 2019 et 2021. Elles précisent cependant que ces données surestiment la position des Parties car elles ne prennent pas en considération la pression concurrentielle exercée par d'autres hôpitaux généraux situés en région de Bruxelles-Capitale et ceux situés dans un rayon de 30 minutes en voiture de leurs sites hospitaliers.[212]*

208. Sur le marché des hospitalisations selon les séjours hospitaliers, les parts de marché cumulées en 2019 pour l'ensemble des hospitalisations,[213] comme pour les hospitalisations classiques et de jour,[214] sont également inférieures à 25% dans la province du Hainaut et du Brabant wallon.

*209. S'agissant de la segmentation par catégorie MDC, les Parties fournissent des parts de marché pour les provinces du Hainaut et du Brabant wallon.[215] Pour 2019, les parts de marché cumulées varient entre **CONFIDENTIEL** [0-10%] et [60-70%], la majorité se situant entre **CONFIDENTIEL** [0-10%] et [30-40%]. L'ABC relève que les parts de marché les plus élevées se situent sur les catégories « 25 – Polytraumatismes significatifs » **CONFIDENTIEL** [60-70%] et « 24 – Infections HIV » **CONFIDENTIEL** [40-50%].[216] Les Parties relativisent la fiabilité de ces estimations dès lors qu'elles ont été obtenues en regroupant, pour chaque province, toutes les hospitalisations de patients domiciliés dans la province en question, sans prendre en compte le fait que (i) de nombreux patients domiciliés dans l'une des provinces concernées se font sans doute hospitalisés en dehors de celle-ci ; et (ii) de nombreux patients domiciliés en dehors des provinces concernées se font hospitalisés dans celles-ci.[217]*

210. Enfin, les Parties considèrent qu'il n'est pas nécessaire d'envisager un marché provincial segmenté par ligne de service et n'ont pas fourni de données à cet égard. Outre le fait que cette segmentation manquerait de pertinence, les Parties notifiantes précisent qu'elles ne disposent pas des données APR-

---

[206] Les Parties précisent que pour la segmentation par MDC, les données publiques disponibles ne leur permettent pas en tant que telles de calculer des parts de marché sur un marché géographique plus limité. Voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 179.

[207] En effet, seul PHJ dispose de sites hospitaliers actifs localisés sur la province du Brabant wallon. Voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 169.

[208] *Ibid.*, § 148.

[209] *Ibid.*, p. 41, tableau 16.

[210] *Ibid.*, p. 46, tableau 27.

[211] *Ibid.*, tableau 26. L'Auditorat note que l'incrément de HAP est de **CONFIDENTIEL** [0-10%].

[212] De plus, les patients plus âgés peuvent également être admis dans des services relevant d'un autre index de lit (par exemple en chirurgie ou médecine interne), selon l'organisation propre à chaque hôpital. Voir Demande de levée de l'obligation de suspension du 21 juin 2023 (pièce I.D2.2), § 80-82.

[213] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), p. 41, tableau 17.

[214] *Ibid.*, p. 43, tableau 23.

[215] *Ibid.*, § 178-180

[216] Voir Annexe 29 au Formulaire de notification (pièce I.O2.30).

[217] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 180.

DRG relatives aux autres acteurs, ni de données relatives à l'activité totale sur le marché, de sorte qu'elles ne sont pas en mesure de calculer leurs parts de marché selon cette segmentation.[218]

VI.2.2 Instruction

VI.2.2.a Parts de marché des Parties

211. L'Auditorat a calculé et reporté dans les tableaux ci-dessous les parts de marché des Parties notifiantes dans les six zones de soins analysées non seulement pour l'ensemble des hospitalisations, mais également pour les hospitalisations classique et de jour séparément.[219] *Une segmentation plus fine par ligne de service a également été calculée par l'Auditorat.*[220]

212. Il ressort des tableaux ci-dessous que les parts de marché combinées des Parties n'excèdent pas 25% dans les marchés locaux identifiés autour des trois sites de PHJ à Lobbes, Nivelles et Tubize – tant au niveau des hospitalisations classiques, hospitalisations de jour, ou hospitalisations totales.

Parts de marché des Parties – Analyse locale par nombre d'hospitalisations – zones HAP-PHJ Mons, PHJ Warquignies, PHJ Jolimont, PHJ Lobbes, PHJ Nivelles et PHJ Tubize en 2019 – zone de soins à 90%

Zone de soins	Part de marché HAP	Part de marché PHJ	Part de marché Combinée
HAP-PHJ Mons	[10-20%]	[20-30%]	**[40-50%]**
PHJ Warquignies	[20-30%]	[10-20%]	**[40-50%]**
PHJ Jolimont	[0-10%]	[20-30%]	**[30-40%]**
PHJ Lobbes	[0-10%]	[20-30%]	**[20-30%]**
PHJ Nivelles	[0-10%]	[10-20%]	**[10-20%]**
PHJ Tubize	[0-10%]	[0-10%]	**[0-10%]**

Note : La zone de soins à 90% correspond à un temps de trajet de ***CONFIDENTIEL*** *[20-30 minutes].*

Parts de marché des Parties – Analyse locale par nombre d'hospitalisations classiques – zones HAP-PHJ Mons, PHJ Warquignies, PHJ Jolimont, PHJ Lobbes, PHJ Nivelles et PHJ Tubize en 2019 – zone de soins à 90%

Zone de soins	Part de marché HAP	Part de marché PHJ	Part de marché Combinée
HAP-PHJ Mons	[20-30%]	[20-30%]	**[40-50%]**
PHJ Warquignies	[30-40%]	[10-20%]	**[50-60%]**
PHJ Jolimont	[0-10%]	[20-30%]	**[30-40%]**
PHJ Lobbes	[0-10%]	[10-20%]	**[10-20%]**
PHJ Nivelles	[0-10%]	[10-20%]	**[10-20%]**
PHJ Tubize	[0-10%]	[0-10%]	**[0-10%]**

Note : La zone de soins à 90% correspond à un temps de trajet de ***CONFIDENTIEL*** *[20-30 minutes].*

[218] *Ibid.*, § 182-183.

[219] Les lignes correspondent aux différentes zones de soins, et les colonnes correspondent aux parts de marché de HAP, PHJ, et de HAP et PHJ combinées.

[220] Proposition de décision de l'Auditorat du 30 novembre 2023, Annexe 1.

Parts de marché des Parties – Analyse locale par nombre d'hospitalisations de jour – zones HAP-PHJ Mons, PHJ Warquignies, PHJ Jolimont, PHJ Lobbes, PHJ Nivelles et PHJ Tubize en 2019 – zone de soins à 90%

Zone de soins	*Part de marché HAP*	*Part de marché PHJ*	*Part de marché Combinée*
HAP-PHJ Mons	*[10-20%]*	*[20-30%]*	***[40-50%]***
PHJ Warquignies	*[20-30%]*	*[10-20%]*	***[40-50%]***
PHJ Jolimont	*[0-10%]*	*[20-30%]*	***[30-40%]***
PHJ Lobbes	*[0-10%]*	*[20-30%]*	***[20-30%]***
PHJ Nivelles	*[0-10%]*	*[10-20%]*	***[10-20%]***
PHJ Tubize	*[0-10%]*	*[0-10%]*	***[0-10%]***

*Note : La zone de soins à 90% correspond à un temps de trajet de **CONFIDENTIEL** [20-30 minutes].*

VI.2.2.b Parts de marché des concurrents

213. L'Auditorat a calculé et reporté dans le tableau ci-dessous les parts de marché des Parties et de leurs concurrents[221] dans trois des six zones de soins analysées – HAP-PHJ Mons, PHJ Warquignies et PHJ Jolimont – pour l'ensemble des hospitalisations. L'analyse n'a pas été étendue aux zones de soins situées autour des sites de Lobbes, Nivelles et Tubize compte tenu de la faible part de marché combinée des Parties dans ces zones de soins, inférieure ou égale à 25%.

214. Il ressort de ce tableau que :

- *Dans la zone de soins de HAP-PHJ Mons, trois concurrents ont des parts de marché supérieures ou égales à **CONFIDENTIEL** [0-10%] et exercent ainsi une contrainte concurrentielle significative sur les Parties. Le Centre Hospitalier EpiCURA détient une part de marché de **CONFIDENTIEL** [10-20%], le CHU Tivoli détient une part de marché de **CONFIDENTIEL** [10-20%] **CONFIDENTIEL** [et le CHR Haute Senne détient une part de marché de [0-10%]. Plusieurs autres hôpitaux sont actifs dans la zone de soins de HAP-PHJ Mons mais avec une part de marché inférieure ou égale à **CONFIDENTIEL** [0-10%].*
- *Dans la zone de soins de PHJ Warquignies, le Centre Hospitalier EpiCURA détient une part de marché de **CONFIDENTIEL** [30-40%] et exerce ainsi une contrainte concurrentielle significative sur les Parties. Plusieurs autres hôpitaux sont actifs dans la zone de soins de PHJ Warquignies, mais avec une part de marché inférieure ou égale à **CONFIDENTIEL** [0-10%].*
- *Dans la zone de soins de PHJ Jolimont, quatre concurrents ont des parts de marché supérieures ou égales à **CONFIDENTIEL** [0-10%] et ainsi exercent une contrainte concurrentielle significative sur les Parties. Le CHU Charleroi et le Grand Hôpital de Charleroi détiennent chacun une part de marché de **CONFIDENTIEL** [10-20%], **CONFIDENTIEL** [le CHU Tivoli détient une part de marché de [10-20%] et la Clinique Notre-Dame de Grâce détient une part de marché de [0-10%]. Plusieurs autres hôpitaux sont actifs dans la zone de soins de PHJ Jolimont, mais avec une part de marché inférieure ou égale à **CONFIDENTIEL** [0-10%].*

[221] Pour chaque zone de soins, l'Auditorat a demandé des données détaillées au SPF Santé publique pour les cinq concurrents les plus importants. Les tableaux montrent plus de cinq concurrents car l'empreinte géographique des activités des concurrents et des Parties notifiantes peut se chevaucher.

Parts de marché des Parties et de leurs concurrents - Analyse locale par nombre d'hospitalisations - zones HAP-PHJ Mons, PHJ Warquignies et PHJ Jolimont en 2019 – zone de soins à 90%

Nom de l'hôpital	HAP-PHJ MONS		PHJ WARQUIGNIES		PHJ JOLIMONT	
	Nb d'hosp. (1)	Part de marché	Nb d'hosp. (1)	Part de marché	Nb d'hosp. (1)	Part de marché
HAP	[Confidentiel]	[10-20%]	[Confidentiel]	[20-30%]	[Confidentiel]	[0-10%]
PHJ	[Confidentiel]	[20-30%]	[Confidentiel]	[10-20%]	[Confidentiel]	[20-30%]
Combinée	**[Confidentiel]**	**[40-50%]**	**[Confidentiel]**	**[40-50%]**	**[Confidentiel]**	**[30-40%]**
Centre Hospitalier EpiCURA	[Confidentiel]	[10-20%]	[Confidentiel]	[30-40%]	[Confidentiel]	[0-10%]
CHU Tivoli	[Confidentiel]	[10-20%]	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[10-20%]
CHR Haute Senne	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
Cliniques Universitaires Saint-Luc	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
Cliniques Universitaires de Bruxelles - Hôpital Erasme	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
CHU Charleroi	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[10-20%]
Grand Hôpital de Charleroi	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[10-20%]
Clinique Notre-Dame de Grâce	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
Autres(2)	[Confidentiel]	[10-20%]	[Confidentiel]	[10-20%]	[Confidentiel]	[10-20%]
Total	**164.152**	**100%**	**91.680**	**100%**	**241.352**	**100%**

Notes : La zone de soins à 90% correspond à un temps de trajet de **CONFIDENTIEL** *[20-30 minutes]. (1) « Nb d'hosp. » signifie nombre d'hospitalisations ; (2) la catégorie « Autres » regroupe les institutions actives sur le marché des hospitalisations autres que celles qui sont déjà explicitement listées dans le tableau.*

VI.2.3 Conclusion de l'auditeur

215. Au regard de ce qui précède et pour les besoins de la présente analyse, l'auditeur a identifié trois marchés locaux affectés pour les hospitalisations :

- *le marché local des hospitalisations autour du site de HAP-PHJ Mons situé à Mons ;*
- *le marché local des hospitalisations autour du site de PHJ Warquignies situé à Boussu ; et*
- *le marché local des hospitalisations autour du site PHJ Jolimont situé à La Louvière.*

VI.3 Le marché des soins ambulatoires spécialisés

VI.3.1 Position des Parties

216. Les Parties n'ont pas fourni d'estimation de leurs parts de marché sur le marché des soins ambulatoires spécialisés, dès lors qu'elles estiment ne pas disposer de données suffisantes pour évaluer leurs propres parts de marché,[222] ni celles de leurs concurrents.[223]

217. En toute hypothèse, elles considèrent que leurs activités sur ce potentiel marché n'entrent pas uniquement en concurrence avec celles d'autres hôpitaux généraux, mais également avec celles d'autres acteurs privés et publics. Cette pression concurrentielle additionnelle est susceptible d'influencer les parts de marché des opérateurs sur le marché des soins ambulatoires spécialisés.[224]

[222] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 184.
[223] *Ibid.*, § 205.
[224] *Ibid.*, § 206.

218. Elles considèrent qu'en tout état de cause, tenant compte du nombre et de la diversité des acteurs présents sur ce marché, la Concentration envisagée n'est pas manifestement susceptible d'affecter le paysage concurrentiel, sans pour autant spécifier si elles estiment leur part de marché combinée comme étant inférieure à 25%.[225]

VI.3.2 Instruction

219. Sur la base des données transmises par les Parties et par l'INAMI, l'auditeur a calculé des parts de marché locales autour des sites des Parties notifiantes pour le marché des soins ambulatoires spécialisés, selon la méthodologie décrite dans la partie VI.1 ci-dessus. L'auditeur a identifié les mêmes six zones de soins que celles du marché des hospitalisations.[226]

220. Il convient de noter que le marché des soins ambulatoires spécialisés comprend l'ensemble des soins ambulatoires spécialisés, fournis tant par les institutions hospitalières que par les autres prestataires de soins. Les soins ambulatoires spécialisés prodigués par les autres prestataires de soins font référence aux soins ambulatoires enregistrés auprès de l'INAMI qui n'ont pas été enregistrés dans un hôpital.[227] *Les soins ambulatoires fournis par les médecins généralistes en sont exclus.*[228] *Une segmentation plus fine du marché des soins ambulatoires spécialisés a également été envisagée par spécialisation des médecins.*[229]

VI.3.2.a Parts de marché des Parties

221. Les parts de marché des Parties dans les six zones de soins considérées et susmentionnées sont reprises dans le tableau ci-dessous. La part de marché combinée des Parties est supérieure à 25% dans seulement deux des six zones de soins considérées, à savoir HAP-PHJ Mons et PHJ Warquignies.

Parts de marché des Parties – Analyse locale par nombre de soins ambulatoires spécialisés – zones HAP-PHJ Mons, PHJ Warquignies, PHJ Jolimont, PHJ Lobbes, PHJ Nivelles et PHJ Tubize en 2019 – zone de soins à 90%

Zone de soins	Part de marché HAP	Part de marché PHJ	Part de marché Combinée
HAP-PHJ Mons	[10-20%]	[10-20%]	**[30-40%]**
PHJ Warquignies	[20-30%]	[10-20%]	**[30-40%]**
PHJ Jolimont	[0-10%]	[10-20%]	**[20-30%]**
PHJ Lobbes	[0-10%]	[10-20%]	**[10-20%]**
PHJ Nivelles	[0-10%]	[10-20%]	**[10-20%]**
PHJ Tubize	[0-10%]	[0-10%]	**[0-10%]**

Notes : La zone de soins à 90% correspond à un temps de trajet de ***CONFIDENTIEL*** *[20-30] minutes.*

VI.3.2.b Parts de marché des concurrents

222. L'Auditorat a calculé et reporté dans le tableau ci-dessous les parts de marché des Parties mais également de leurs concurrents dans deux des six zones de soins analysées, à savoir HAP-PHJ Mons et PHJ Warquignies. L'analyse n'a pas été étendue aux zones de soins situées autour des sites de Jolimont, Lobbes, Nivelles et Tubize, compte tenu de la faible part de marché combinée des Parties dans ces zones de soins, inférieure à 25%.

---

[225] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 133 et 136.

[226] La construction des zones de soins suit le même principe pour le marché des hospitalisations et pour le marché des soins ambulatoires spécialisés. Elle repose dans les deux cas sur la localisation de chaque site hospitalier des Parties et le code postal des patients, comme indiqué à la section VI.1.

[227] Il est possible que des soins ambulatoires soient prestés dans un hôpital mais pas enregistrés en tant que tels.

[228] Voir *supra*, § 175.

[229] Proposition de décision de l'Auditorat du 30 novembre 2023, Annexe 2.

223. Il ressort de ce tableau que :

- *Dans la zone de soins de HAP-PHJ Mons, les soins ambulatoires spécialisés prodigués hors hôpitaux constituent la première contrainte concurrentielle avec **CONFIDENTIEL** [30-40%] de part de marché. Les deux autres principaux concurrents sont le Centre Hospitalier EpiCURA et le CHU Tivoli, avec des parts de marché respectives de **CONFIDENTIEL** [10-20% et de 10-20%]. Plusieurs autres hôpitaux sont actifs dans la zone de soins de HAP-PHJ Mons, mais avec une part de marché inférieure ou égale à **CONFIDENTIEL** [0-10%].*
- *Dans la zone de soins de PHJ Warquignies, les soins ambulatoires spécialisés hors hôpitaux constituent également la première contrainte concurrentielle avec **CONFIDENTIEL** [30-40%] de part de marché. Le Centre Hospitalier EpiCURA exerce également une contrainte concurrentielle importante avec une part de marché de **CONFIDENTIEL** [20-30%]. Plusieurs autres hôpitaux sont actifs dans la zone de soins de PHJ Warquignies, mais avec une part de marché inférieure ou égale à **CONFIDENTIEL** [0-10%].*

Parts de marché des Parties et de leurs concurrents – Analyse locale par nombre de soins ambulatoires spécialisés – zones HAP-PHJ Mons et PHJ Warquignies en 2019 – zone de soins à 90%

Nom de l'institution	HAP-PHJ MONS		PHJ WARQUIGNIES	
	Nb de soins ambu-latoires (1)	Part de marché	Nb de soins ambu-latoires (1)	Part de marché
HAP	[Confidentiel]	[10-20%]	[Confidentiel]	[20-30%]
PHJ	[Confidentiel]	[10-20%]	[Confidentiel]	[10-20%]
Combinée	**[Confidentiel]**	**[30-40%]**	**[Confidentiel]**	**[30-40%]**
Autres prestataires de soins ambulatoires spécialisés hors hôpitaux(2)	[Confidentiel]	[30-40%]	[Confidentiel]	[30-40%]
Centre Hospitalier EpiCURA	[Confidentiel]	[10-20%]	[Confidentiel]	[20-30%]
CHU Tivoli	[Confidentiel]	[10-20%]	[Confidentiel]	[0-10%]
CHR Haute Senne	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
Cliniques Universitaires de Bruxelles - Hôpital Erasme	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
CHU Charleroi	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
Grand Hôpital de Charleroi	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
Clinique Sainte-Anne	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
CHU André Vésale	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
Clinique Notre-Dame de Grâce	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
Autres prestataires(3)	[Confidentiel]	[0-10%]	[Confidentiel]	[0-10%]
Total	**3.006.068**	**100%**	**1.762.956**	**100%**

*Notes : La zone de soins à 90% correspond à un temps de trajet de **CONFIDENTIEL** [20-30] minutes. (1) « Nb de soins ambulatoires » signifie nombre de soins ambulatoires spécialisés ; (2) la catégorie « Autres prestataires de soins ambulatoires spécialisés hors hôpitaux » regroupe les soins ambulatoires des médecins hors hôpitaux ; (3) la catégorie « Autres prestataires » regroupe les prestataires actifs sur le marché des soins ambulatoires spécialisés autres que ceux qui sont déjà explicitement listés dans le tableau (hospitaliers ou non-hospitaliers).*

VI.3.3 Conclusion de l'auditeur

224. Au regard de ce qui précède et pour les besoins de la présente analyse, l'auditeur a identifié deux marchés affectés pour les soins ambulatoires spécialisés :

- *le marché local des soins ambulatoires spécialisés autour du site de HAP-PHJ Mons situé à Mons ; et*
- *le marché local des soins ambulatoires spécialisés autour du site de PHJ Warquignies situé à Boussu.*

VII. Vue d'ensemble des marchés affectés

225. Les marchés horizontaux affectés et analysés dans la présente Proposition de décision sont les suivants :

- *le marché local des hospitalisations autour du site de HAP-PHJ Mons situé à Mons ;*
- *le marché local des hospitalisations autour du site de PHJ Warquignies situé à Boussu ;*
- *le marché local des hospitalisations autour du site PHJ Jolimont situé à La Louvière ;*
- *le marché local des soins ambulatoires spécialisés autour du site de HAP-PHJ Mons situé à Mons ; et*
- *le marché local des soins ambulatoires spécialisés autour du site de PHJ Warquignies situé à Boussu.*

VIII. Analyse concurrentielle

VIII.1 Introduction

VIII.1.1 Généralités

226. La Concentration concerne une fusion horizontale entre deux hôpitaux généraux.

227. En vertu de l'article IV.9, § 3 CDE, les concentrations qui n'ont pas pour conséquence d'entraver de manière significative une concurrence effective sur le marché national ou une partie substantielle de celui-ci, notamment par la création ou le renforcement d'une position dominante, sont déclarées admissibles.

228. Lors de l'évaluation des effets d'une concentration, la situation qui résulterait de la concentration doit être comparée à la situation qui aurait prévalu en l'absence de la concentration en question.

229. Selon les lignes directrices de la Commission,[230] les concentrations horizontales peuvent entraver de manière significative une concurrence effective de deux manières principales, notamment par la création ou le renforcement d'une position dominante :

- *en supprimant des contraintes concurrentielles importantes pour une ou plusieurs entreprises, ce qui conduirait alors à un pouvoir de marché accru, sans nécessiter de coordination du comportement sur le marché (effets non-coordonnés ou unilatéraux) ;*
- *en modifiant la nature de la concurrence de telle sorte que des entreprises qui ne coordonnaient pas auparavant leur comportement sur le marché sont désormais beaucoup plus susceptibles de coordonner leur comportement sur le marché et d'augmenter les prix ou d'entraver d'une autre manière une concurrence effective. Une*

[230] Voir Commission européenne, Lignes directrices sur l'appréciation des concentrations horizontales au regard du règlement du Conseil relatif au contrôle des concentrations entre entreprises (2004/C 31/03), ci-après « Lignes directrices sur les concentrations horizontales », § 22.

concentration peut également rendre la coordination plus facile, plus stable et plus efficace pour les entreprises qui se coordonnaient déjà avant l'acquisition (effets coordonnés).

230. En général, des effets non-coordonnés (horizontaux) peuvent se produire lorsque, du fait de l'opération et de la réduction de la pression concurrentielle qui en résulte, les parties sont incitées à augmenter les prix et/ou à réduire la qualité après la concentration sans avoir à se coordonner avec d'autres concurrents, et ont la possibilité de le faire. En outre, du fait de la réduction de la pression concurrentielle, d'autres acteurs du marché, non impliqués dans l'opération, peuvent à leur tour trouver avantageux d'augmenter leurs prix ou à réduire la qualité, ce qui se traduit par des hausses de prix ou diminutions de qualité sur l'ensemble du marché.

231. Des effets coordonnés peuvent quant à eux se produire lorsque, du fait de l'opération, la nature de la concurrence change de telle sorte que les entreprises estiment qu'il est économiquement préférable d'adopter durablement une même ligne d'action sur le marché dans le but de vendre leurs produits à des prix plus élevés.[231] Ainsi, la coordination est plus probable sur des marchés où il est relativement simple de parvenir à une compréhension mutuelle de ses modalités d'exercice.[232] En outre, trois conditions doivent être réunies pour que la coordination soit durable : (i) les entreprises qui coordonnent leur comportement doivent être capables de surveiller dans une mesure suffisante si les termes de la coordination sont respectés ;[233] (ii) il doit exister une forme de mécanisme de dissuasion crédible qui puisse être mis en œuvre si un comportement déviant est détecté ;[234] et (iii) les réactions d'entreprises qui ne participent pas à la coordination, telles que les concurrents potentiels ou futurs, ainsi que les réactions de clients, ne devraient pas pouvoir remettre en cause les résultats de la coordination.[235]

232. En ce qui concerne le secteur hospitalier, l'auditeur constate tout d'abord que la réglementation limite l'étendue des domaines pouvant faire l'objet d'une coordination éventuelle, que ce soit en termes de prix, volume, qualité, et répartition géographique, et ce tant sur les marchés des hospitalisations que sur les marchés des soins ambulatoires spécialisés. Ensuite, fondamentalement, la nature et l'organisation des services hospitaliers et ambulatoires revêt une complexité et une hétérogénéité extrême, reflet de la complexité biologique de l'être humain, qui réduit fortement la transparence des conditions auxquels ces services sont fournis, répertoriés et rétribués. Cette complexité est exacerbée par le fait que la concurrence entre hôpitaux s'exerce avant tout au niveau de la qualité des soins, et que les hôpitaux entre eux et les autres prestataires de soins ambulatoires présentent une forte asymétrie structurelle qui impacte leurs incitations respectives. Ces différents éléments rendent dès lors très difficile et peu probable le développement d'une compréhension mutuelle des modalités d'exercice d'une possible coordination sur les marchés pertinents. Il en résulte qu'une analyse détaillée des risques d'effets coordonnés résultant de la mise en œuvre de la Concentration n'apparaît pas opportune en l'espèce. En outre, l'analyse au titre des effets non-coordonnés de l'impact de la Concentration sur les incitations des Parties et de leurs concurrents à dégrader la qualité des services, à augmenter les suppléments ou dégrader les conditions de travail du personnel soignant n'est pas de nature à différer significativement dans le cadre d'une analyse au titre d'éventuels effets coordonnés. Pour le surplus, l'enquête de marché de l'Auditorat n'a mis en évidence aucun indice de coordination et de mécanisme de dissuasion éventuel.

---

[231] Lignes directrices sur les concentrations horizontales, § 39.

[232] *Ibid.*, § 41.

[233] *Ibid.*, § 49-51.

[234] *Ibid.*, § 52-55.

[235] *Ibid*., § 56-57.

VIII.1.2 Application au secteur hospitalier

233. A titre d'introduction, il est crucial de souligner à nouveau la spécificité du secteur hospitalier en raison de son caractère réglementé (tant au niveau du prix que de la qualité). Du point de vue du droit de la concurrence, ceci signifie qu'une série de risques possibles pour l'utilisateur final (c'est-à-dire le patient) sont résolus en amont par la réglementation.

234. La question se pose donc de savoir comment les outils habituellement utilisés par les autorités de la concurrence trouvent à s'appliquer – et le cas échéant, à s'adapter – lorsque d'importantes variables stratégiques telles que le prix, la qualité et le financement sont réglementés (à tout le moins en partie).

235. En dépit de la particularité du secteur hospitalier, il est constant que le droit de la concurrence trouve à s'appliquer au secteur non-marchand, et que la fourniture de soins de santé contre rémunération constitue une activité économique à part entière.[236] L'existence d'un certain degré de concurrence entre hôpitaux est en effet explicitement reconnue par la Commission[237] ainsi que par les autorités nationales de concurrence, comme l'illustre leur extensive pratique décisionnelle.[238]

236. En conséquence, l'application du droit de la concurrence et du contrôle des concentrations au secteur hospitalier, et plus largement de la santé, est loin d'être une nouveauté, bien qu'il suscite un intérêt grandissant eu égard à l'évolution du secteur et des contraintes auquel il fait face dans de nombreux Etats membres de l'Union européenne, notamment en termes de financement.

237. Afin de pouvoir évaluer correctement l'impact sur la concurrence d'une concentration entre un ou plusieurs hôpitaux, il est dès lors essentiel de comprendre l'architecture du marché telle qu'elle l'a été envisagée par les régulateurs de santé ainsi que les paramètres selon lesquels les hôpitaux entrent ou pas en concurrence.

238. Il convient d'écarter d'emblée deux effets possibles de la Concentration sur les marchés des hospitalisations et des soins ambulatoires spécialisés. D'une part, étant donné que les hôpitaux n'ont pas la possibilité de déroger à la tarification des soins de santé fixés au niveau national par les autorités publiques, une opération de concentration n'est pas susceptible de générer des effets tarifaires relatifs à l'activité de soins en tant que telle dans une zone géographique donnée.[239]

239. D'autre part, s'agissant des effets relatifs à la qualité de l'offre de soins, les autorités publiques[240] sont, comme indiqué plus haut, chargées de contrôler la qualité des activités de soins proprement dites et des

---

[236] En 2021, le secteur des hôpitaux généraux représentait un chiffre d'affaires total de 21,3 milliards d'euros. Voir SPF Santé publique, rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, p. 23.

[237] Voir la Communication de la Commission relative à la notion d'« aide d'État » visée à l'article 107, paragraphe 1, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (2016/C 262/01), § 26 : *« Dans de nombreux autres États membres, les hôpitaux et les autres prestataires de soins de santé offrent leurs services contre une rémunération perçue soit directement auprès des patients soit auprès de leur assurance. Dans de tels systèmes, un certain degré de concurrence existe entre les hôpitaux en ce qui concerne la prestation des services de soins de santé. »*

[238] La direction générale de la concurrence de la Commission européenne a traité pas moins de 68 concentrations dans le secteur hospitaliers ces dernières années. L'Autoriteit Consument & Markt (ACM) aux Pays-Bas a également une longue expérience en la matière, incluant l'analyse de 15 concentrations hospitalières entre 2021 et 2023. L'autorité française de concurrence a de son côté adopté pas moins de 122 avis et décisions dans le domaine de la santé, en ce compris en matière de contrôle des concentrations. Dans certains pays voisins, comme les Pays-Bas, la question de la soumission du secteur hospitalier au contrôle des concentrations s'est posée mais a été tranchée en faveur d'une telle soumission, ce qui a permis le développement d'une pratique décisionnelle et d'une littérature importante sur le sujet qui souligne les bienfaits de cette rencontre de politiques publiques complémentaires.

[239] Des soins qui ne suivent pas cette tarification fixée au niveau national pourraient en revanche être en théorie affectés, ceci sera exposé par la suite. Par ailleurs, les Parties affirment qu'en raison des subventions importantes perçues pour couvrir le coût des soins hospitaliers et des soins ambulatoires et du fait que les prix des soins sont régulés (directement ou indirectement) par les autorités de santé compétentes, le prix n'est pas un critère de choix pour le consommateur (à savoir le patient). Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 13.

[240] Il s'agit du SPF Santé publique et de l'INAMI au niveau fédéral et de l'AVIQ pour la Région wallonne.

hôpitaux au sein desquels elles sont dispensées. A l'issue de ces contrôles, les autorités peuvent retirer l'agrément octroyé à l'hôpital et compromettre la poursuite de l'activité d'un hôpital. L'existence d'un tel contrôle sectoriel permet donc d'écarter une partie du risque de dégradation de la qualité en tant que telle des soins liés à la modification de la structure dans une zone donnée.

240. Il convient toutefois de souligner l'existence d'un rapport de concurrence sur la qualité de l'offre de soins entendue notamment comme la diversité de l'offre et son accessibilité pour le patient, en particulier au regard des principes de libre choix et de libre accès aux soins en Belgique. Comme les revenus des hôpitaux dépendent du nombre et de la durée des hospitalisations (via le BMF) et du nombre de soins ambulatoires prodigués (via les honoraires facturés par les médecins et rétrocédés en partie aux hôpitaux), ces derniers sont également incités à entrer en concurrence à ce niveau pour attirer les patients.

241. De plus, une concentration entre hôpitaux est également susceptible de générer des effets sur les composantes non régulées de l'offre de ces établissements, à savoir :

- *Sur les marchés des hospitalisations : les suppléments de chambre individuelle ainsi que les suppléments d'honoraires liés à une chambre individuelle ;*
- *Sur les marchés des soins ambulatoires spécialisés : les suppléments d'honoraires liés aux prestations de soins fournies par des médecins non conventionnés.*

242. L'Auditorat a donc analysé ces potentiels effets selon une méthodologie ayant pour principale caractéristique d'examiner le comportement des patients situés dans la zone de soins des hôpitaux étudiés. Cette méthodologie a pour avantage de prendre en compte l'ensemble des hôpitaux qui sont effectivement fréquentés par les patients les plus susceptibles de se faire soigner dans les hôpitaux de HAP et PHJ.[241] Elle permet une analyse fine d'une majeure partie de la pression concurrentielle que peuvent exercer les hôpitaux concurrents puisque chacun n'est pris en compte qu'à hauteur de la proportion de patients résidant dans la zone de soins de l'hôpital étudié qui se rendent effectivement dans l'hôpital concurrent.

243. Quand elles résultent d'une concurrence libre sur un marché donné, les autorités de concurrence considèrent généralement que les parts de marché constituent un indicateur pertinent du pouvoir de marché. Toutefois, lorsque la liberté commerciale des entreprises est fortement limitée, par exemple à cause de la réglementation applicable sur les prix, sur la qualité ou encore sur le choix de l'implantation géographique de son activité, la pertinence des parts de marché en tant qu'indicateur de pouvoir de marché doit être relativisée. Ainsi, dans un secteur comme celui des hôpitaux où les prix, la qualité et le choix d'implantation sont régulés à différents degrés, l'auditeur considère que l'analyse concurrentielle doit tenir compte des contraintes pesant sur la liberté d'entreprendre des hôpitaux, et de leur influence sur l'interprétation des seuils de parts de marché généralement retenus comme problématiques dans la jurisprudence dans d'autres secteurs.[242]

VIII.2 Effets non-coordonnés

[241] Comme indiqué plus haut, le seuil de fréquentation non-marginale a été établi à 90% par l'Auditorat. Les hôpitaux concurrents pris en compte ne sont ainsi pas nécessairement situés dans la zone de soins identifiée.

[242] L'indice de Herfindahl-Hirschman (« HHI ») est couramment employé pour évaluer le degré de concentration sur le marché et l'évolution de cet indice après la Concentration. En raison des particularités décrites précédemment, cet indice est susceptible de ne pas refléter adéquatement le degré de concurrence dans le marché par rapport à des marchés non-régulés. Pour ces raisons, l'auditeur est d'avis que l'analyse des indices HHI n'est pas indispensable dans le cas présent.

244. Pour l'appréciation des effets du projet de la Concentration, la question centrale est de savoir si, du fait de la Concentration, les Parties seront en mesure d'augmenter sensiblement les prix, de détériorer la qualité (par une réduction de sites, une diminution de la gamme des services et traitements, ou des facteurs portant sur le niveau de qualité de soins) ou de combiner les deux. Cela dépend notamment (i) de la mesure dans laquelle les Parties exercent une pression concurrentielle les unes sur les autres avant la Concentration ; (ii) de la pression concurrentielle exercée sur les Parties par les hôpitaux concurrents dans les marchés locaux affectés ; et (iii) du rôle joué par les fournisseurs et les acquéreurs de soins, à savoir les assureurs et les patients respectivement.

245. Dans la présente section, l'Auditorat aborde successivement le point de vue des Parties, la pression concurrentielle entre les Parties et la pression concurrentielle exercée par les autres hôpitaux sur les Parties.

246. A titre préliminaire, il convient de rappeler que les Parties disposent ensemble de 7 sites hospitaliers (hôpitaux généraux) : [243]

- *Le CHU Ambroise Paré à Mons (« HAP ») ;*
- *le CHR Mons Hainaut, site de Mons (« PHJ Mons ») ;*
- *le CHR Mons Hainaut, site de Warquignies (« PHJ Warquignies ») ;*
- *l'hôpital de Jolimont à La Louvière (« PHJ Jolimont ») ;*
- *l'hôpital de Lobbes à Lobbes (« PHJ Lobbes ») ;*
- *l'hôpital de Tubize à Tubize (« PHJ Tubize ») ; et*
- *l'hôpital de Nivelle à Nivelle (« PHJ Nivelles »).*

247. A moyen terme, les Parties envisagent [redacted] *:* [244]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

248. A l'horizon 2030, les Parties [redacted] [245]

- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]
- [redacted]

[243] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 225.

[244] *Ibid.*, § 226.

[245] *Ibid.*, § 235.

[redacted]

VIII.2.1 Analyse de l'impact de la Concentration sur les marchés locaux des hospitalisations

VIII.2.1.a Position des Parties

249. A titre préliminaire, les Parties notifiantes mettent en exergue, outre le caractère non-marchand du secteur hospitalier, son caractère régulé qui, au travers d'exigences légales et réglementaires, ferait obstacle à l'application d'une logique concurrentielle classique.[246] La marge de manœuvre des hôpitaux en serait dès lors considérablement réduite, notamment en ce qui concerne leurs offres de soins et le niveau de qualité auquel elles doivent répondre, leur capacité à fixer les tarifs facturés aux patients, l'implantation des hôpitaux ou encore l'organisation de collaborations avec d'autres acteurs hospitaliers (par exemple les mises en réseaux).[247]

250. Les Parties admettent toutefois que la concurrence peut s'appliquer à certaines composantes non régulées qui touchent à des éléments importants de l'organisation d'un hôpital, comme la fixation des prix des soins prestés d'une part, et la qualité de l'offre de soins d'autre part, toutes deux faisant néanmoins aussi l'objet d'une importante régulation. S'agissant des aspects tarifaires, les hôpitaux sont en mesure de déterminer le prix de plusieurs éléments comme les suppléments de chambre et d'honoraires pour un séjour en chambre individuelle, les suppléments d'honoraires imposés par des médecins partiellement ou non conventionnés, l'offre de certains produits supplémentaires de confort ou encore les activités de chirurgie esthétique.[248]

251. Concernant l'offre de soins, il ressort de l'analyse réalisée par les Parties sur les chevauchements existants par ligne de service et MDC sur le marché local du site HAP à Mons[249] que l'offre est susceptible de varier entre les hôpitaux de la même région, ce qui peut indirectement avoir un effet sur la qualité des soins offerts aux patients. A titre d'illustration, le PHJ – Hôpital de Jolimont est l'un des rares hôpitaux à disposer de la convention INAMI pour traiter le cancer du pancréas[250] et de l'agrément pour la chirurgie cardiaque.[251] A l'inverse, certaines spécialités sont uniquement proposées par les concurrents des Parties, comme notamment la néphrologie pour laquelle seul le Centre Hospitalier EpiCURA dispose d'un agrément lui permettant d'opérer un centre de dialyse dans la région de Mons (à l'exception de centres agréés initiaux).[252]

252. De manière générale, en ce compris au sein de cette « zone » soumise à concurrence, les Parties considèrent toutefois que la Concentration envisagée n'est pas de nature à entraver la concurrence de manière significative.[253] Tout d'abord, les parts de marché fournies par la Parties sur la base des segmentations qu'elles estiment pertinentes et décrites ci-dessus sont pour la plupart inférieures à 25%, à quelques exceptions près.[254] Les Parties soulignent également la pression concurrentielle exercée sur leurs hôpitaux par d'autres hôpitaux généraux ainsi que par d'autres acteurs (par exemple, les cliniques spécialisées). Les Parties avancent ensuite plusieurs gains d'efficacité résultant de la Concentration.

---

[246] Ou à tout le moins une application marginale. Voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 7 et 13.
[247] *Ibid.*, § 10.
[248] *Ibid.*, § 256 et 257.
[249] *Ibid.*, p. 48-57, tableaux 28 et 29.
[250] *Ibid.*, p. 49, tableau 28.
[251] *Ibid.*, p. 50, tableau 28. Dans la région de Mons, seuls les hôpitaux de La Louvière disposent de cet agrément, à savoir PHJ – Hôpital de Jolimont et le CHU Tivoli.
[252] *Ibid.* p. 51, tableau 28.
[253] *Ibid.*, § 69.
[254] Voir *supra*, section VI.2.1.

253. *Parmi ces gains d'efficacité, les Parties sont d'avis que la Concentration envisagée sera bénéfique pour améliorer la qualité de l'offre de soins.* [redacted].[256]

VIII.2.1.b Instruction

i) Introduction

254. *Comme indiqué ci-dessus, les marchés locaux des hospitalisations affectés par la Concentration, c'est-à-dire où les activités des Parties se chevauchent horizontalement et où la part de marché combinée des Parties excède 25%, sont les suivants :*

- *Zone de HAP-PHJ Mons, où la part de marché combinée s'élève à* ***CONFIDENTIEL*** *[40-50%] (****CONFIDENTIEL*** *[10-20%] pour HAP et* ***CONFIDENTIEL*** *[20-30%] pour PHJ) ;*
- *Zone de PHJ Warquignies, où la part de marché combinée s'élève à* ***CONFIDENTIEL*** *[40-50%] également (****CONFIDENTIEL*** *[20-30%] pour HAP et* ***CONFIDENTIEL*** *[10-20%] pour PHJ) ; et*
- *Zone de PHJ Jolimont, où la part de marché combinée s'élève à* ***CONFIDENTIEL*** *[30-40%] (****CONFIDENTIEL*** *[0-10%] pour HAP et* ***CONFIDENTIEL*** *[20-30%] pour PHJ).*

255. *Les parts de marché et le degré de concentration du marché donnent une première indication de la structure du marché et de l'importance concurrentielle des Parties concernées et de leurs concurrents. En principe, plus les parts de marché combinées sont importantes, plus il est probable qu'une concentration entraînera une augmentation significative du pouvoir de marché des Parties. Dans le secteur hospitalier, cependant, principalement en raison de la régulation applicable, les parts de marché combinées des Parties ne constituent pas un indicateur aussi important et fiable de l'existence d'un pouvoir de marché significatif post-Concentration et du risque d'effets anti-concurrentiels. De la même façon, le niveau de concentration d'un marché local est également la résultante de la réglementation et de la planification des activités des hôpitaux.*[257]

ii) HAP-PHJ Mons

Analyse quantitative

256. *L'auditeur constate que, dans le marché local de HAP-PHJ Mons, les patients fréquentent non seulement les hôpitaux des Parties, mais également, entre autres, le Centre Hospitalier EpiCURA (****CONFIDENTIEL*** *[10-20%]), le CHU Tivoli (****CONFIDENTIEL*** *[10-20%]) et le CHR Haute Senne (****CONFIDENTIEL*** *[0-10%]). L'auditeur en déduit que la contrainte concurrentielle exercée par les autres hôpitaux présents dans la zone est significative et continuera à s'exercer après la Concentration.*

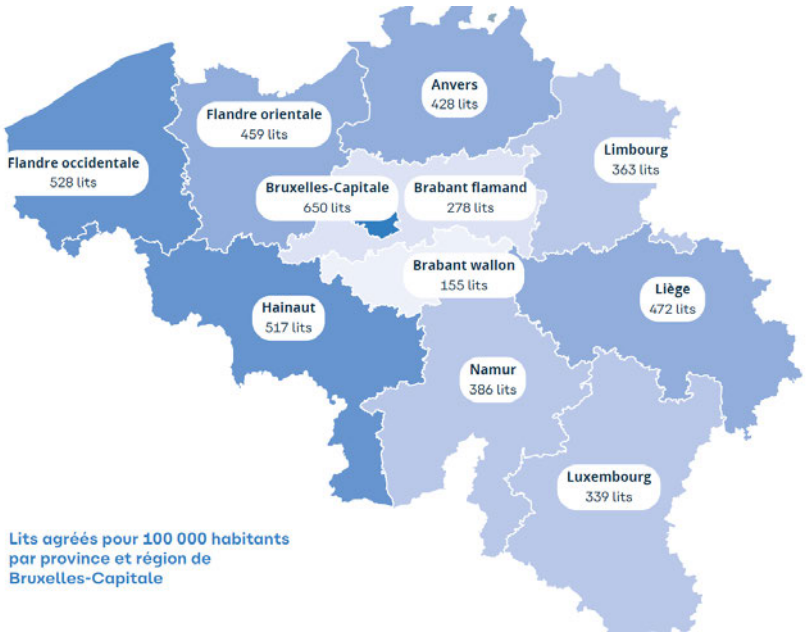
---

[255] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 245 et 322-326.

[256] *Ibid.*, § 23.

[257] Loi du 28 février 2019 modifiant la loi coordonnée du 10 juillet 2008 relative aux hôpitaux et autres établissements de soins en ce qui concerne le réseautage clinique entre hôpitaux, M.B. 28 mars 2019.

257. Il ressort par ailleurs de l'instruction que la Concentration envisagée s'inscrit dans un contexte plus global où le nombre de lits par 100.000 habitants est élevé dans la Province du Hainaut selon les chiffres publiés par le SPF Santé publique :



Source : Rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, SPF Santé publique, p. 8.

258. La capacité d'accueil importante en termes de lit dans le Hainaut, même si la province ne correspond pas exactement avec la zone géographique pertinente, permet à l'auditeur de relativiser encore davantage les parts de marché des Parties sur le marché local de HAP-PHJ Mons et confirme le fait que des alternatives existent aujourd'hui et à l'avenir pour les patients situés dans la zone de soins identifiée.

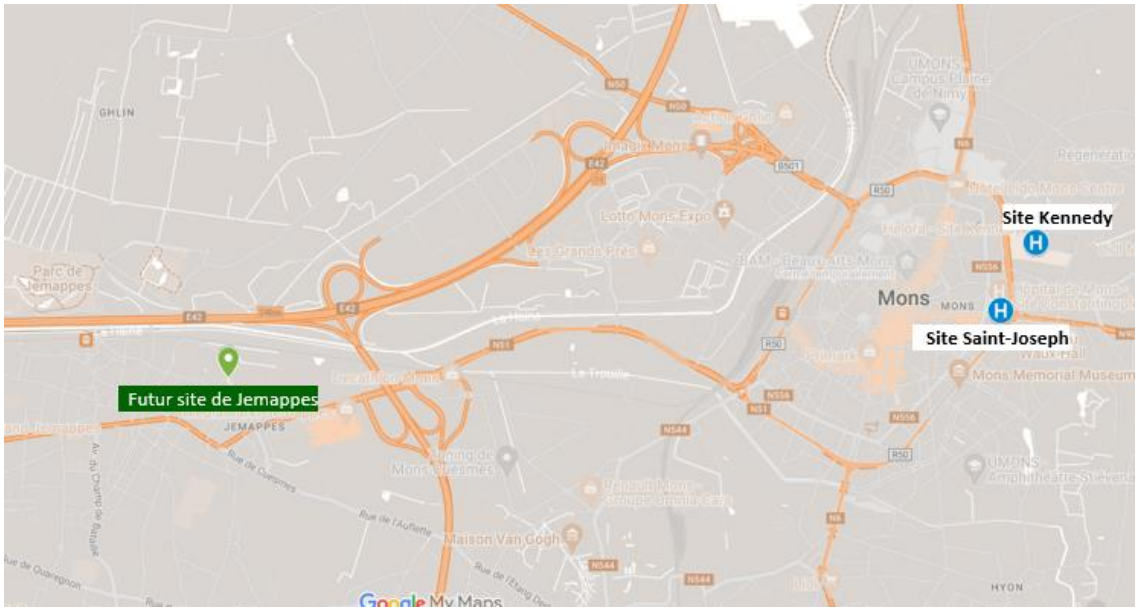
Analyse qualitative

a) <u>Effets de la Concentration sur l'offre de soins</u>

259. L'examen des documents internes des Parties [redacted]

[258] Voir pièce I.E5.185, p. 41.

[259] Voir pièce I.E5.203, p. 3.



Carte créée par l'équipe d'instruction par le biais de l'outil Google Maps montrant le futur site de Jemappes et les sites actuels Kennedy et Saint-Joseph

260. [redacted] *Toutefois, afin d'identifier d'éventuels risques de dégradation de la qualité de l'offre après la réalisation de la Concentration, l'Auditorat estime qu'il est important d'analyser de façon dynamique l'évolution prévue après la Concentration au niveau de la capacité des deux sites en termes de lits disponibles ainsi que le taux d'occupation, qui est le pourcentage de lits disponibles effectivement utilisés par les patients.*

261. L'instruction révèle en effet que le taux d'occupation est un indicateur important utilisé par le secteur permettant d'évaluer l'efficacité du fonctionnement d'un hôpital et de l'utilisation optimale de ses ressources.[260]

i. La capacité du nouveau site HELORA à Jemappes d'accueillir les activités des sites de HAP et de PHJ

262. [redacted] [262]

263. [redacted]

[260] Voir SPF Santé publique, rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, p. 26.

[261] Voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1) et Annexe 25 (pièce I.O2.26), les lits totaux agréés ont été pris en compte pour les sites des Parties.

[262] Voir la réponse des Parties notifiantes à la DDR du 29 septembre 2023 (pièce I.L4.1, p. 8).

[263] HAP en 2019 : 415 lits agréés (voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1) et Annexe 25 (pièce I.O2.26) ; CHUPMB, voir Rapport de gestion 2022, disponible à : https://www.chupmb.be/wp-content/uploads/2023/08/AGO-23-03-Rapport-de-gestion-2022.pdf, p. 9, et PHJ Mons en 2019 : 257 lits agréés (voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1) et Annexe 25 (pièce I.O2.26)). [redacted]

[redacted][264]

264. [redacted][266]

265. [redacted][268]

266. [redacted]

267. L'enquête de marché réalisée auprès des régulateurs sectoriels, dont le SPF Santé publique et l'AVIQ, n'a pas révélé de craintes relatives à la structuration de l'offre après la Concentration. Le SPF Santé publique considère que cette Concentration entraînera une rationalisation de l'offre, à savoir une réduction de l'offre dans les domaines où elle est excédentaire et un élargissement de celle-ci là où des pénuries existent.[270] L'AVIQ est le régulateur wallon qui contribue à la programmation et planification

---

[264] [redacted]

[265] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), p. 81, tableau 47 ; pièce I.E5.175. p. 6.

[266] Voir pièce I.E5.175, p. 7.

[267] Pour HAP : taux d'occupation en 2022 inférieurs aux taux normatifs pour les lits agréés de chirurgie, gériatrie, pédiatrie, soins chroniques. Voir CHUPMB, Rapport de gestion 2022, disponible à : https://www.chupmb.be/wp-content/uploads/2023/08/AGO-23-03-Rapport-de-gestion-2022.pdf, p. 51. [redacted] Voir *infra*, § 77 pour les taux d'occupation normatifs.

[268] Voir pièce I.E5.199, p. 5.

[269] Voir KCE, « Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité », Health Services Research (HSR), 2017, KCE Reports 289B, p. 21 et s.

[270] Voir la réponse du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 5.

géographique de l'offre de soins et tient à jour un cadastre de l'offre de soins.[271] Ce dernier confirme que la Concentration s'inscrit dans un objectif de rationalisation aux fins d'améliorer l'offre de soins et la qualité de ceux-ci.[272] Elle considère également le renouvèlement et la construction de nouveaux sites hospitaliers comme un élément positif pour rationaliser l'implantation de certains sites.[273] La rationalisation de l'offre et une mutualisation des ressources sont perçues tant par le SPF Santé publique que par l'AVIQ comme un moyen d'améliorer l'accessibilité aux soins en termes de délais d'attente, l'allongement des délais d'attente étant généralement causée par un manque de personnel ou de matériel médical (par exemple en dermatologie ou pour l'imagerie médicale).[274]

268. Dans l'enquête de marché réalisée, seule l'association de médecins « Le Monde des Spécialistes » identifie une potentielle réduction de l'offre post-Concentration, mais compensée par une augmentation de la qualité des soins.[275] En outre, la majorité des intervenants interrogés ont également mentionné que, si après la Concentration, les patients ne souhaitaient pas/plus s'adresser à l'entité fusionnée, les autres hôpitaux seraient en mesure de répondre à leur demande.[276]

269. L'enquête de marché réalisée auprès des concurrents ne met pas en évidence de craintes relatives à la capacité du nouveau site HELORA à Jemappes d'accueillir les activités des sites de HAP et de PHJ. Au contraire, les craintes soulevées par les concurrents portent principalement sur les nouveaux agréments que pourrait obtenir la nouvelle entité et sur les projets médicaux dans lesquels les concurrents ne seraient plus forcément impliqués. Cependant, les concurrents estiment que compte tenu du fait que l'activité hospitalière constitue un service à la population, avec une offre globale, ils ne voient pas de risque que la nouvelle entité mette fin à des services qui seraient éventuellement moins rentables.[277]

270. Il ressort de ces éléments que, sur le marché local de Mons, le nouveau site HELORA aura bien la capacité d'accueillir l'intégralité de l'activité de PHJ et de HAP, que cette capacité d'accueil pourrait être supérieure à celle des Parties actuellement et qu'une offre et qualité de soins à tout le moins équivalente pourrait être garantie à l'avenir.

ii. L'incitation des Parties à dégrader l'offre de soins des établissements réorganisés

271. [redacted]

272. [redacted]

[271] Voir site internet de l'AVIQ, « Hôpitaux généraux », disponible à : https://www.aviq.be/fr/soins-de-sante/soins-hospitaliers/hopitaux-generaux#:~:text=L%27AVIQ%20contribue%20%C3%A9galement%20au,%C3%A0%20jour%20des%20normes%20hospitali%C3%A8res.

[272] Voir la réponse de l'AVIQ à la DDR du 26 octobre 2023 (pièce II.3.A2.1), p. 6.

[273] *Ibid.*, p. 7.

[274] Voir la réponse du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 5 et la réponse de l'AVIQ à la DDR du 26 octobre 2023 (pièce II.3.A2.1), p. 6.

[275] Voir notamment la réponse du Monde des Spécialistes à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce VI.B.4.A2.1), question 7.

[276] Voir notamment la réponse du Collège intermutualiste national à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce IV.2.A3.1), question 9 ; la réponse de DKV à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce V.1.A2.1), question 9 ; la réponse du Monde des Spécialistes à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce VI.B.4.A2.1) , question 9 ; la réponse du SPF Santé Publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2. B2.1), question 11 ; la réponse de l'AVIQ à la DDR du 26 octobre 2023 (pièce II.3.A2.1), question 9.

[277] Voir notamment le PV de la réunion du 7 septembre 2023 entre l'ABC et le Centre Hospitalier EpiCURA (pièce III.2.C11.2), p. 6 ; le PV de la réunion du 14 septembre 2023 entre l'ABC et le Grand Hôpital de Charleroi (pièce III.5.B4.3) p. 3.

[redacted].[279]

273. L'Auditorat constate également qu'au regard de la situation de surcapacité qui caractérise les hôpitaux des Parties dans la zone de soins de HAP-PHJ à Mons,[280] il ne serait pas rentable pour elles de ne sélectionner que les actes les plus rentables au sein d'une certaine spécialité. Ceci résulte notamment de la structure de coût régissant le secteur, qui comporte une part significative de coûts fixes, ce qui implique que chaque acte supplémentaire se traduit par une augmentation de la rentabilité de l'hôpital.

274. L'auditeur note enfin que les concurrents principaux des Parties ont également pris des mesures de modernisation et d'extension de leurs sites hospitaliers.[281] Ainsi, le Centre Hospitalier EpiCURA s'est lancé en 2018 dans d'importants travaux de rénovation et de modernisation de l'ensemble de ses trois sites hospitaliers d'Ath, Hornu et Baudour. A Hornu en particulier, une nouvelle aile est en cours de construction afin de permettre de « faire face à l'augmentation importante des activités, d'accroître davantage l'offre de soins et les capacités opératoires et d'optimiser la qualité de service ».[282]De son côté, le CHU Tivoli a également finalisé son extension pour la nouvelle aile Cœur du Hainaut[283] tandis que le Grand Hôpital de Charleroi est actuellement en train de construire un nouvel hôpital dont l'ouverture est prévue pour 2024.[284] L'auditeur en conclut que ces développements sont de nature à assurer et renforcer la concurrence dans la zone de soins pertinente et de maintenir les incitations des Parties à maintenir, voire développer, une offre de soins large et de qualité au bénéfice des patients.

275. Dans le cadre de l'enquête de marché, les régulateurs sectoriels n'identifient pas non plus de risque de dégradation de l'offre de soins post-Concentration. Au contraire, le SPF Santé publique considère, de manière générale, que les effets de volume dans le secteur hospitalier peuvent avoir un impact positif important sur la qualité des soins, à tout le moins en ce qui concerne certaines pathologies où l'augmentation des prises en charge permet de développer une meilleure expertise.[285] L'AVIQ considère également que les effets de volume sont positifs, et souligne qu'ils pourraient le cas échéant permettre l'obtention de nouveaux agréments relatifs à des activités plus spécialisées.[286]

276. Concernant la qualité de l'offre après la Concentration, les mutualités mentionnent quant à elles que la Concentration devrait se traduire par une plus grande qualité de soins, en évitant d'avoir de trop petits

---

[278] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 190, p. 48 et § 339, ii.

[279] [redacted]

[280] Voir notamment KCE, « Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité », Health Services Research (HSR), 2017, KCE Reports 289B ; OECD, *State of Health in the EU Belgium Country Health Profile 2021*, disponible à : https://www.oecd-ilibrary.org/docserver/57e3abb5-en.pdf?expires=1701352889&id=id&accname=ocid45122941&checksum=B39C0B3BFA35EA2FFC641476916C4C4F, p. 1.

[281] Cet élément a été pris en compte par le Bundeskartellamt dans une de ses récentes décisions de concentration dans le secteur hospitalier. Voir. Bundeskartellamt, décision du 30 juillet 2020 dans l'affaire B3-33/20, § 347.

[282] Voir le site web du Centre Hospitalier EpiCURA, *Extension d'Hornu : EpiCURA répond à vos questions !*, disponible à : http://epicura.org/news/news/354-extension-d-hornu-epicura-repond-a-vos-questions.

[283] Voir CHU Tivoli, « Rapport d'activités 2021-2022 », disponible à : http://www.chu-tivoli.be/wp-content/uploads/2023/06/Rapport-dactivit%C3%A9s-CHU-Tivoli-2021-2022-compressed.pdf.

[284] Voir le site internet du Grand Hôpital de Charleroi, disponible à : http://www.ghdc-demain.be/fr/accueil/ et https://www.ghdc.be/le-nouvel-hopital.

[285] Voir la réponse du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 5.

[286] Voir la réponse de l'AVIQ à la DDR du 26 octobre 2023 (pièce II.3.A2.1), p. 7.

services pour des soins spécialisés.[287] Cette opinion est partagée par l'association des médecins spécialistes « Le Monde des Spécialistes » qui s'attend à voir une amélioration de la qualité des soins,[288] ainsi que par les assurances ayant répondu à l'enquête de marché[289] qui mentionnent également un effet positif sur l'utilisation des ressources financières dû aux économies d'échelle qui pourraient être réalisées.

277. Les concurrents, quant à eux, ne sont pas unanimes sur la question. Certains identifient un éventuel risque de détérioration de la qualité lié notamment au ralentissement ou à l'arrêt des collaborations existantes actuellement entre les hôpitaux.[290] Certains concurrents considèrent que la relocalisation des activités hospitalières de Mons vers le nouveau site de Jemappes pourrait impliquer pour eux une perte de patients. L'auditeur considère que ce risque n'est pas crédible en ce qui concerne les Parties compte tenu de l'implantation du nouveau site à faible distance des sites actuels (5 kilomètres).

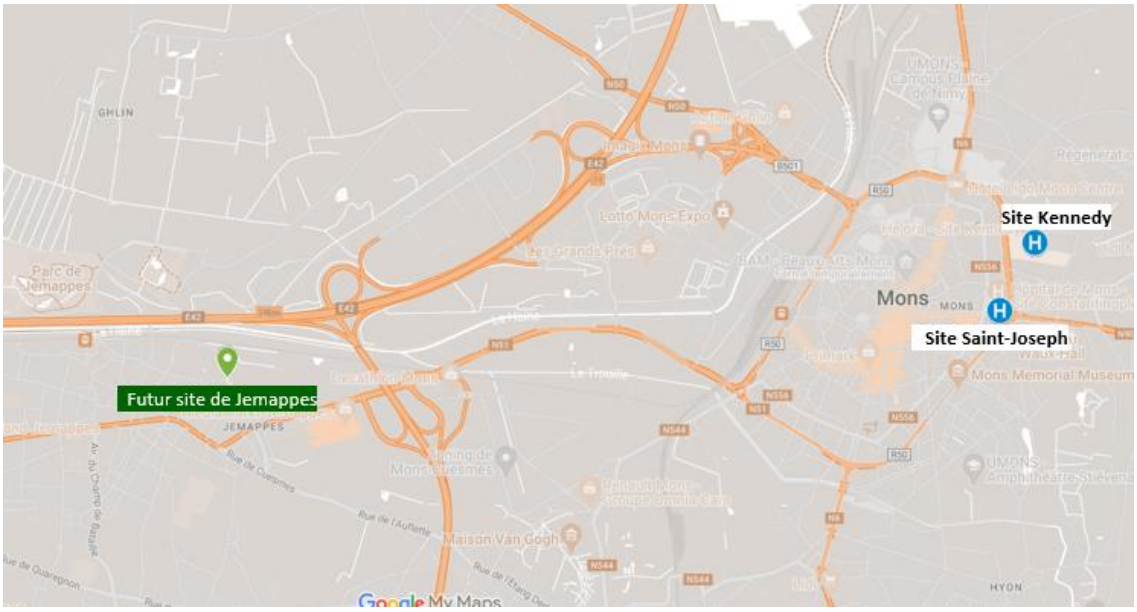
iii. Les effets de la réorganisation des activités des établissements sur le temps de trajet du patient

278. La fermeture à venir des sites de PHJ et de HAP, situés tous deux au centre de Mons, s'accompagnera nécessairement d'une modification du temps de trajet parcouru par les patients de ces deux hôpitaux, que ce soit pour se rendre sur le nouveau site des Parties ou dans un autre hôpital. Il convient donc de quantifier cette modification afin de déterminer si le transfert envisagé est susceptible de dégrader la qualité de l'offre de soins au détriment des patients des sites existants de PHJ et de HAP dans le centre de Mons par un allongement significatif de leur temps de trajet.

279. En premier lieu, l'Auditorat constate que l'impact de la fermeture des sites existants des Parties sur le temps de trajet des patients pour se rendre à l'hôpital sera marginal, voire inexistant. [redacted].[291]

280. [redacted]

[287] Voir la réponse du Collège intermutualiste national à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce IV.2.A3.1), question 7.
[288] Voir la réponse du Monde des Spécialistes à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce VI.B.4.A2.1), question 7.
[289] Voir la réponse de DKV à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce V.1.A2.1), question 7.
[290] Voir le PV de la réunion du 7 septembre entre l'ABC et le Centre Hospitalier EpiCURA (pièce III.2.C11.2), p. 6.
[291] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 241 et Annexe 68 (pièce I.O2.69).
[292] *Ibid.*, p. 81, § 244.



Carte créée par l'équipe d'instruction par le biais de l'outil Google Maps montrant le futur site de Jemappes et les sites actuels Kennedy et Saint-Joseph

281. [redacted]

282. Il ressort de ces éléments que la fermeture des sites de HAP et de PHJ sur Mons aura un effet marginal sur les temps de trajet nécessaires aux patients pour se rendre dans un hôpital. La Concentration n'est dès lors pas de nature à dégrader la qualité de l'offre de soins par ce biais.

b) <u>Effets sur la base d'une segmentation par ligne de service</u>

283. Dans l'examen de la présente Concentration, la question de savoir si le marché des hospitalisations devait être défini au niveau des lignes de services a été laissée ouverte, notamment en raison du fait que l'ensemble des hôpitaux généraux se font concurrence sur un ensemble de services. L'instruction révèle que les hôpitaux conservent en général une offre globale.[293] Même si la pertinence de la segmentation par ligne de service est hypothétique, l'Auditorat a réalisé une analyse préliminaire des effets de la Concentration au niveau des lignes de service afin d'en évaluer l'impact au niveau le plus étroit possible.[294]

284. Plusieurs lignes de service laissent apparaître des parts de marché plus élevées, et dans certains cas, supérieures à 50% dans la zone de soins de HAP-PHJ Mons. Il ressort toutefois de l'instruction que les parts de marché des Parties par ligne de services sont à relativiser et ne permettent pas de conclure à l'existence de doutes sérieux quant à l'admissibilité de la Concentration.

*285. Parmi les lignes de services relatives aux pathologies cardiaques, certaines parts de marché combinées dépassent les 50% dans la zone de soins de HAP-PHJ Mons (respectivement, **CONFIDENTIEL**[50-60%] pour l'infarctus du myocarde, **CONFIDENTIEL** [50-60%] pour la cardiologie interventionnelle et **CONFIDENTIEL** [50-60%] pour la cardiologie). En revanche, la part de marché combinée relative à la chirurgie cardiaque est quant à elle inférieure à **CONFIDENTIEL** [10-20%]. Les Parties expliquent que les lignes de services relatives aux pathologies cardiaques doivent être traitées ensemble du fait de leur <u>imbrication intrinsèque. Elles ajoutent</u> qu'il existe des concurrents sur l'ensemble de ces lignes liées*

[293] Voir le PV de la réunion du 7 septembre 2023 entre l'ABC et le Centre Hospitalier EpiCURA (pièce III.2.C11.2), p. 6.

[294] Proposition de décision de l'Auditorat du 30 novembre 2023, Annexe 1.

aux pathologies cardiaques, à savoir principalement le Centre Hospitalier EpiCURA et CHU Tivoli.[295] Elles insistent sur l'opportunité d'améliorer le parcours de soins pour les patients en chirurgie cardiaque en leur offrant la possibilité de rester au sein de la même structure hospitalière. [redacted] *[296]*

286. L'auditeur constate que l'examen détaillé des parts de marché des concurrents par ligne de service des pathologies cardiaques confirme l'existence des concurrents mentionnés par les Parties. [redacted] *[297] Ceci est confirmé par le CHU de Tivoli,[298] le Centre Hospitalier EpiCURA,[299] ainsi que par le Dr Mroue[300] dans l'enquête de marché. L'auditeur considère que cette concurrence entre les Parties et le CHU Tivoli pour la chirurgie cardiaque est un élément positif pour les patients qui poussera les deux établissements hospitaliers à innover ou à fonctionner de manière plus efficace, notamment afin d'obtenir ou maintenir leur agrément.*

287. L'Auditorat relève également que, pour ce qui est de la ligne de service de la gastroentérologie par exemple, la part de marché combinée des Parties est de ***CONFIDENTIEL*** *[50-60]% dans la zone de soins de HAP-PHJ Mons.* [redacted] *L'auditeur note la présence de cinq concurrents, dont le Centre Hospitalier EpiCURA et le CHU Tivoli sont les plus importants. Par ailleurs, l'instruction révèle que dans la province du Hainaut, PHJ Jolimont est le seul hôpital à disposer de cette convention avec l'INAMI. La Concentration aura ainsi pour effet de maintenir le parcours du patient en gastroentérologie au sein de la province du Hainaut sans demander de déplacement vers Erasme (Bruxelles).*

288. Il ressort enfin de l'instruction que les Parties ont également une part de marché combinée élevée sur la ligne de service de psychiatrie, où elles disposent de ***CONFIDENTIEL*** *[50-60]%.[301] Elles exposent que l'offre des hôpitaux généraux sur les activités psychiatriques est concurrencée par l'offre des hôpitaux psychiatriques sur cette ligne et dès lors les parts de marché des hôpitaux généraux y seraient artificiellement élevées. Elles relèvent en outre que la psychiatrie est confrontée à une pénurie de personnel au sein des hôpitaux généraux et que les Parties ne sont pas toutes les deux actives sur le même marché géographique pour certains soins, comme la prise en charge aigue (impliquant des gardes) assurée seulement par HAP à Mons et par PHJ Jolimont à la Louvière. Elles font par ailleurs état du manque de psychiatres en Belgique, se*

[295] Hormis pour la chirurgie cardiaque pour lequel un agrément spécifique est nécessaire et dont seuls PHJ (site PHJ Jolimont) et le CHU Tivoli disposent.

[296] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), p. 50.

[297] Pièce I.E5.11, p. 7.

[298] Voir le PV de la réunion du 12 septembre 2023 entre l'ABC et le CHU de Tivoli (pièce III.3.B4.4), p. 4.

[299] Voir le PV de la réunion du 7 septembre 2023 entre l'ABC et le Centre Hospitalier EpiCURA (pièce III.2.C11.2), p. 6.

[300] Voir le PV de la réunion du 30 octobre 2023 entre l'ABC et le Dr Mroue (pièce VII.2.B3.1), p. 2.

[301] La ligne de service lits psychiatriques renvoient aux activités des Parties sur base des lits agrées psychiatriques. Voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 89.

traduisant par des transferts de patients sur des distances importantes, [redacted]

L'Auditorat précise à titre préliminaire que les activités psychiatriques concernées par la Concentration portent sur une prise en charge dans un hôpital général et non dans un hôpital spécialisé. L'analyse détaillée révèle la présence de six concurrents (hôpitaux généraux), dont deux dans la zone de soins en question (Centre Hospitalier EpiCURA et CHU Tivoli). Au vu de la pénurie de psychiatres, de la mobilité des patients et de l'existence de concurrence, la part de marché susmentionnée n'est pas de nature à susciter de doutes sérieux d'effets anticoncurrentiels liés à la réalisation de la Concentration.

*

289. En conclusion, l'auditeur considère que la Concentration ne suscite pas de doutes sérieux quant à l'existence d'une entrave significative à la concurrence effective sur le marché des hospitalisations dans la zone de soins HAP-PHJ Mons.

iii) PHJ Warquignies

Analyse quantitative

*290. L'auditeur constate dans la zone de soins de PHJ Warquignies, les patients fréquentent non seulement les hôpitaux des Parties mais aussi largement le Centre Hospitalier EpiCURA (**CONFIDENTIEL** [30-40%]) et, dans une moindre mesure, plusieurs autres établissements (**CONFIDENTIEL** [moins de 0-10%]). L'auditeur en déduit que la pression concurrentielle exercée sur les Parties par le Centre Hospitalier EpiCURA, en particulier, est significative et continuera à s'exercer après la Concentration.*

291. L'auditeur estime également que les parts de marché, à l'instar de sa conclusion pour le marché local de HAP-PHJ Mons, sont à relativiser au vu du nombre de lits important disponible par 100.000 habitants dans le Hainaut par rapport au reste de la Belgique, confirmant l'existence d'une capacité d'accueil importante pour les patients situés dans la zone de soins identifiée.[303]

Analyse qualitative

a) <u>Effet de la Concentration sur l'offre de soins</u>

i. La capacité de l'hôpital rénové de Warquignies

292. [redacted].

293. [redacted].[306]

[302] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), p. 52.

[303] Voir *supra*, § 257 et 258.

[304] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 316-321.

[305] Voir pièce I.E5.175, p. 2.

[306] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), tableau 47 et pièce I.E5.175, p. 6.

294. [redacted].

295. Pour ce qui est des résultats de l'enquête de marché menée par l'Auditorat, l'auditeur fait référence aux résultats mentionnés ci-dessus pour le site de HAP-PHJ Mons, qui sont également d'application pour le site de Warquignies.[308]

296. En conclusion, l'auditeur considère que le projet de Concentration n'est pas de nature à soulever de doutes sérieux sur le marché local de PHJ Warquignies.

ii. L'incitation des Parties à dégrader l'offre de soins de l'hôpital rénové de Warquignies

297. Il ressort de l'examen des documents internes que, [redacted][310]

298. L'Auditorat constate également qu'au regard de la situation de surcapacité qui caractérise les hôpitaux des Parties dans la zone de soins de PHJ Warquignies, il ne serait pas rationnel pour elles de ne sélectionner que les actes les plus rentables au sein d'une certaine spécialité. Ceci résulte notamment de la structure de coût régissant le secteur, qui comporte une part significative de coûts fixes, ce qui implique que chaque acte supplémentaire se traduit par une augmentation de la rentabilité de l'hôpital.

299. Pour ce qui est des résultats de l'enquête de marché menée par l'Auditorat, l'auditeur fait référence aux résultats mentionnés ci-dessus pour le site de HAP-PHJ Mons et qui sont également d'application pour le site de Warquignies.[311]

300. En conclusion, l'auditeur considère que le projet de Concentration n'est pas de nature à soulever de doutes sérieux sur le marché local de PHJ Warquignies.

---

[307] Voir aussi KCE, « Capacité hospitalière nécessaire en 2025 et critères de la maîtrise de l'offre pour la chirurgie oncologique complexe, la radiothérapie et la maternité », Health Services Research (HSR), 2017, KCE Reports 289B, p. 21 et s.

[308] Voir *supra*, § 275-277.

[309] Voir pièce I.E5.11, p. 5.

[310] Voir pièce I.E5.185, p. 46.

[311] Voir *supra*, § 275-277.

b) Effets sur la base d'une segmentation par ligne de service

301. Les constatations faites sur la base des lignes de services pour la zone HAP Mons s'appliquent également dans le cas de PHJ Warquignies, en ce compris le caractère hypothétique de la pertinence de cette segmentation. Plusieurs lignes révèlent des parts de marché plus élevées et dans certains cas supérieures à 50%. Elles ne sont toutefois pas inquiétantes au vu des arguments mis en avant par les Parties et des résultats de l'instruction. En effet, il s'agit généralement des mêmes types de lignes de services que celles examinées pour dans le cas de la zone HAP Mons. En d'autres termes, il n'y a pas d'éléments particuliers propres à soulever des doutes sérieux par rapport à la zone PHJ Warquignies.

*

302. En conclusion, l'auditeur considère que la Concentration ne suscite pas de doutes sérieux d'une entrave significative à la concurrence effective sur le marché des hospitalisations dans la zone de soins de PHJ Warquignies.

iv) PHJ Jolimont

*303. L'auditeur constate que sur le marché local de PHJ Jolimont les patients originaires de la zone de soins fréquentent non seulement les Parties **CONFIDENTIEL** [30-40%], mais également le Grand Hôpital de Charleroi (**CONFIDENTIEL** [10-20%]), le CHU de Charleroi (**CONFIDENTIEL** [10-20%]), le CHU Tivoli (**CONFIDENTIEL** [10-20%]) et la Clinique Notre-Dame de Grâce (**CONFIDENTIEL** [0-10%]). L'auditeur en déduit que la pression concurrentielle exercée par les autres hôpitaux est significative et continuera à s'exercer après la Concentration.*[312]

304. L'auditeur estime également que les parts de marché, à l'instar de sa conclusion pour le marché local de HAP Mons, sont à relativiser au vu du nombre important de lits disponibles par 100.000 habitants dans le Hainaut par rapport au reste de la Belgique, ce qui confirme l'existence d'une capacité d'accueil importante pour les patients situés dans la zone de soins identifiée.[313]

305. Compte tenu du fait qu'il s'agit de la zone de soins située autour du site principal de PHJ et que les parts de marché combinées des Parties sont néanmoins modérées, l'auditeur considère que la Concentration ne suscite pas de doutes sérieux d'une entrave significative à la concurrence effective sur le marché des hospitalisations dans la zone de soins de PHJ Jolimont, et n'examinera donc pas ce marché local plus en avant.

v) Conclusion de l'auditeur

306. Au regard des éléments qui précèdent, la Concentration ne soulève pas de doutes sérieux d'une possible entrave significative à la concurrence effective par le biais d'effets non-coordonnés sur les marchés locaux affectés des hospitalisations pour les zones de soins de HAP-PHJ Mons, PHJ Warquignies et PHJ Jolimont.

---

[312] Pour une analyse préliminaire des lignes de services, voir Proposition de décision de l'Auditorat 30 novembre 2023, Annexe 1.

[313] Voir *supra*, § 257 et 258.

VIII.2.2 Analyse de l'impact de la Concentration sur les suppléments d'honoraires et les suppléments de chambre

VIII.2.2.a Introduction

307. Les suppléments de chambre et d'honoraires sont des composantes tarifaires non régulées propres aux hospitalisations.

308. Les suppléments d'honoraires constituent la partie des honoraires supplémentaire que les médecins peuvent exiger en cas d'hospitalisation en chambre individuelle. La Loi sur les hôpitaux prévoit en son article 97, § 1er que les suppléments d'honoraires ne peuvent être facturés qu'aux patients hospitalisés en chambre individuelle, à l'exclusion des situations où l'attribution d'une chambre individuelle ne résulte pas de la volonté du patient.[314] La facturation de suppléments d'honoraires doit en outre être prévue dans la réglementation générale de l'hôpital pour pouvoir être légalement appliquée.[315] L'auditeur a examiné si la Concentration entraînait un risque d'augmentation de ces taux maximums.

309. Les suppléments de chambre concernent les frais de séjour supplémentaires facturés par jour au patient qui a choisi de séjourner en chambre individuelle. Ce montant est fixé librement par les hôpitaux, ce qui peut entraîner de fortes variations d'un hôpital à l'autre.[316]

VIII.2.2.b Position des parties

310. [redacted].[317]

311. Elles soulignent également que toute modification des maximums des suppléments d'honoraires est aujourd'hui impossible compte tenu du gel des plafonds des suppléments d'honoraires imposé par la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux (« CPNMH ») jusqu'à fin 2023, mesure qui sera vraisemblablement prolongée.[318] Cette mesure, couplée à d'autres limites de nature réglementaire, limiterait la marge de manœuvre des hôpitaux en matière de suppléments. Les Parties citent à titre d'exemple les politiques de remboursement des mutuelles et assurances qui limitent les montants de suppléments qui sont remboursables ou encore le fait de ne pouvoir facturer des suppléments d'honoraires qu'en cas d'hospitalisation en chambre individuelle (sauf si l'attribution dans ce type de chambre ne résulte pas de la volonté du patient).[319]

312. En ce qui concerne les suppléments d'honoraires pour les soins ambulatoires prestés dans le cadre d'une hospitalisation, les Parties rappellent que les règles en matière de suppléments d'honoraires, qu'elles soient réglementaires ou propres à l'hôpital, s'appliquent indistinctement aux médecins conventionnés et aux médecins non conventionnés. Seuls les médecins non conventionnés restent

---

[314] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 260.

[315] Voir l'article 144, § 3 de la Loi sur les hôpitaux et Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 261.

[316] Voir L. Bruyneel, W. Kestens, F. De Wolf, T. Di Zinno, M. Dolphens, B. Landtmeters, « Baromètre hospitalier AIM – Inventaire des montants facturés au patient pour des séjours en hôpital général et universitaire », AIM Agence Intermutualiste, juin 2023, disponible à : https ://aim-ima.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2021_-_fr_ima.pdf, p. 9.

[317] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), p. 86, tableau 49.

[318] *Ibid.*, p. 86, § 261 et tableau 49.

[319] *Ibid.*, § 260 et 262.

entièrement libres de fixer leurs honoraires pour les prestations ambulatoires spécialisés hors hospitalisation.[320]

313. Les Parties ne se sont pas exprimées sur les suppléments de chambre. [redacted].[321]

VIII.2.2.c Instruction

314. [redacted].[323]

315. Il ressort de l'instruction que la marge de manœuvre actuelle des hôpitaux est limitée depuis 2022. En effet, la CPNMH a gelé les taux maximums de suppléments d'honoraires actuellement fixés par les hôpitaux.[324] *Ce gel initialement prévu pour 2022 a été prolongé en 2023.*[325] *La CPNMH dispose en effet du pouvoir de décider de limiter les taux de suppléments d'honoraires prévus dans la réglementation générale des hôpitaux.*[326]

316. L'instruction révèle également que les Parties ont une politique stable en matière de suppléments d'honoraires. [redacted][327] *L'auditeur constate par ailleurs que les principaux concurrents des parties, le Centre Hospitalier EpiCURA et le CHU Tivoli, appliquent des taux de suppléments d'honoraires égaux voire supérieurs à ceux des Parties depuis 2018. Le Centre Hospitalier EpiCURA pratique ainsi un taux maximum de suppléments de 250% et le CHU de Tivoli, un taux maximum de 300%.*[328] *Pour ce qui est des suppléments de chambre, l'auditeur constate que les Parties appliquent avant la Concentration le même tarif journalier de* [redacted] *€ pour l'ensemble de leurs sites.*[329]

317. [redacted]

---

[320] *Ibid.*, § 268.

[321] Annexe 47 au Formulaire de notification (pièce I.O2.48).

[322] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 267.

[323] Réponse des parties notifiantes à la DDR du 20 juin 2023 (pièce I.E12.1), § 29 et 30 et Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 268.

[324] Voir Avis de la CPNMH, Annexe 43 au Formulaire de notification (pièce I.O2.44) et Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 261.

[325] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 261. Voir également article du Spécialiste, « Les suppléments d'honoraires resteront gelés jusque fin 2023 », 20 avril 2023, disponible à : https ://www.lespecialiste.be/fr/actualites/socio-professionnel/les-supplements-d-honoraires-resteront-geles-jusque-fin-2023.html.

[326] Voir Annexe 40 au Formulaire de notification (pièce I.O2.41).

[327] *Ibid.*

[328] Voir L. Bruyneel, W. Kestens, F. De Wolf, T. Di Zinno, M. Dolphens, B. Landtmeters, « Baromètre hospitalier AIM – Inventaire des montants facturés au patient pour des séjours en hôpital général et universitaire », AIM Agence Intermutualiste, juin 2023, disponible à : https://aim-ima.be/IMG/pdf/ziekenhuisbarometer_ima_2021_-_fr_ima.pdf, annexe 1, p. 50.

[329] Voir Annexes 48 à 60 au Formulaire de notification (pièces I.O2.49 à I.O2.61).

[330] Annexe 47 au Formulaire de notification (pièce I.O2.48).

[redacted].

318. La puissance d'achat compensatrice tant dans le chef des patients, que celui des mutualités et des compagnies d'assurance joue également un rôle disciplinant sur le comportement des Parties.[331] En effet, le patient a le droit d'exiger une chambre commune lors de son admission, empêchant ainsi l'hôpital de facturer tout supplément. Si sa demande ne peut être respectée par l'hôpital pour des raisons indépendantes de la volonté du patient, aucun supplément ne pourra lui être facturé en vertu de l'article 152, § 2 de la Loi sur les hôpitaux.[332] Les hôpitaux sont par ailleurs tenus par l'article 97, § 1er de la Loi sur les hôpitaux de réserver au minimum la moitié de leur capacité en lits à la disposition des patients souhaitant être admis sans suppléments.

319. En outre, l'instruction révèle que les compagnies d'assurance ont également la capacité de contraindre la liberté des hôpitaux quant à leur politique de suppléments à travers leur politique de remboursements. En effet, ces dernières peuvent limiter le montant des suppléments d'honoraires qu'elles acceptent de rembourser aux patients ayant fait le choix d'une chambre individuelle. A titre d'exemple, les compagnies DKV et AG Insurance commercialisent leurs assurances hospitalisation auprès de nombreux Belges et plafonnent leurs remboursements lorsque la politique des suppléments d'un hôpital donné est jugée excessive.[333]

320. Le SPF Santé publique est d'avis qu'une augmentation des suppléments de chambre n'aurait qu'une influence limitée sur le montant total de la facture hospitalière. Selon ce dernier, ces suppléments ne sont d'ailleurs pas considérés comme un élément déterminant dans la décision des patients. Le SPF Santé publique estime que les suppléments d'honoraires pourraient en revanche avoir un impact plus significatif sur la facture d'hospitalisation, mais étant donné qu'ils sont sujets à d'importantes variations selon le type de spécialité, le contexte ou l'établissement qui les demande, il serait extrêmement difficile de démontrer l'effet (à supposer qu'il y en ait un) d'une fusion sur l'évolution des taux appliqués aux suppléments.[334] L'AVIQ n'identifie pas non plus de risques d'effets négatifs en matière de suppléments suite à la Concentration.[335]

321. Le reste de l'enquête de marché révèle un risque très modéré d'harmonisation vers le haut.[336] Les assureurs, notamment AXA, mentionnent que dans l'absolu, le seul impact qu'ils pourraient noter est un changement de la politique tarifaire de l'hôpital, avec des suppléments d'honoraires plus élevés. Ils soulignent que cet impact serait relatif étant donné la possibilité d'ajouter l'hôpital à la liste des hôpitaux pour lesquels la couverture des suppléments d'honoraires est limitée, cette liste pouvant être modifiée à tout moment. Selon AXA, si l'ajout de l'hôpital sur la liste des hôpitaux pratiquant des suppléments d'honoraires élevés suffit à compenser l'augmentation, alors ceci ne devrait a priori pas avoir d'impact sur les tarifs des produits d'assurance hospitalisation qu'elle commercialise.[337] Selon l'association « Le Monde

---

[331] Voir à cet égard les Lignes directrices sur les concentrations horizontales, § 64 et s.

[332] Voir article 152 § 3 de la Loi sur les hôpitaux : « § 3. *Le gestionnaire et le conseil médical garantissent que les patients admis en chambre à deux lits ou en chambre commune, ainsi que les patients admis en chambre individuelle dans les cas visés à l'article 97, § 2, à l'exception de la dérogation prévue au paragraphe 2, alinéa 3, reçoivent des soins sans que des suppléments ne leur soient facturés par les médecins hospitaliers. Le gestionnaire, après concertation avec le conseil médical, prend les mesures nécessaires à cette fin et en informe le conseil médical*. »

[333] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 262-263, et Annexe 45 (pièce I.O2.46).

[334] Voir la réponse du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 4-5.

[335] Voir la réponse de l'AVIQ à la DDR du 26 octobre 2023 (pièce II.3.A2.1), p. 6.

[336] Voir la réponse du Collège intermutualiste national à la DDR du 13 octobre 2023, question 7 (pièce IV.2.A3.1); la réponse de DKV à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce V.1.A2.1), question 3 ; le PV de la réunion du 30 octobre 2023 entre l'ABC et le Dr Mroue (pièce VII.2.B3.1), p. 2.

[337] Voir compte-rendu de la discussion du 26 octobre 2023 entre l'ABC et AXA (pièce V.3.A4), point 5.

des Spécialistes », la Concentration envisagée n'aura pas/peu d'impact sur les suppléments d'honoraires et de chambre.[338]

322. Les concurrents notent, quant à eux, que la politique de suppléments d'honoraires et de chambre dépend de chaque hôpital,[339] *mais ceux-ci soulignent que ce risque est modéré au vu du profil socio-économique de la région dans laquelle les zones de soins pertinentes sont localisées, ainsi que des prix réglementés. Les hôpitaux de la région ont en effet tendance à imposer le respect des tarifs INAMI par les médecins.*[340]

VIII.2.2.d Conclusion de l'auditeur

323. Au regard du cadre réglementaire applicable, de son application par les Parties et des résultats de l'instruction, l'auditeur considère qu'il n'y a pas de doutes sérieux d'augmentation significative des suppléments d'honoraires pratiqués par les Parties notifiantes post-Concentration.[341]

324. Concernant la politique des Parties relative aux suppléments de chambre, l'auditeur considère également l'absence de doutes sérieux d'augmentation significative au vu de la stabilité des suppléments de chambre entre 2019 et 2022, de leur faible proportion et de la contrainte résultant de l'existence de baromètres surveillant leur niveau de façon constante.

VIII.2.3 Analyse de l'impact de la Concentration sur les marchés locaux des soins ambulatoires spécialisés

325. Comme indiqué ci-dessus, les marchés locaux des soins ambulatoires spécialisés affectés, c'est-à-dire où les activités des Parties se chevauchent horizontalement et où les parts de marché combinées des Parties excèdent 25%, sont les suivants :

- *Zone de HAP-PHJ Mons, où les parts de marché combinées s'élèvent à* ***CONFIDENTIEL*** *[30-40%] (****CONFIDENTIEL*** *[10-20%] pour HAP et* ***CONFIDENTIEL*** *[10-20%] pour PHJ) ; et*
- *Zone de PHJ Warquignies, où les parts de marché combinées s'élèvent à* ***CONFIDENTIEL*** *[30-40%] (CONFIDENTIEL [20-30%] pour HAP et* ***CONFIDENTIEL*** *[10-20%] pour PHJ).*

326. ***2.3.a Position des Parties***

326. Les Parties considèrent que la Concentration envisagée n'est pas susceptible d'affecter le marché de l'offre de soins ambulatoires, ni le paysage concurrentiel en raison du grand nombre et de la diversité des acteurs actifs sur celui-ci.[342] *Les activités ambulatoires des Parties entreraient en effet en concurrence avec celles des autres hôpitaux généraux, mais également d'autres acteurs privés et publics (par exemple cabinets médicaux privés, cliniques privée, maisons médicales, etc.) qui constituent une réelle alternative, en ce qu'ils présentent des avantages en termes notamment de proximité, de capacité et de facilité par rapport aux activités ambulatoires ayant lieu dans un établissement hospitalier.*[343]

---

[338] Voir la réponse du Monde des Spécialistes à la DDR du 13 octobre 2023 (pièce VI.B.4.A2.1), question 7.

[339] Voir notamment le PV de la réunion du 12 septembre 2023 entre l'ABC et le CHU Tivoli (pièce III.3.B4.4), p. 4

[340] Voir notamment le PV de la réunion du 14 septembre 2023 entre l'ABC et le Grand Hôpital de Charleroi (pièce III.5.B4.3) ; le PV de la réunion du 30 octobre 2023 entre l'ABC et le Dr Mroue (pièce VII.2.B3.1), p. 2.

[341] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 267, tableau 49.

[342] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 133 et 136.

[343] *Ibid.*, § 130.

VIII.2.3.b Instruction

i) HAP-PHJ Mons

Analyse quantitative

327. A titre préliminaire, l'auditeur constate que les soins ambulatoires spécialisés offerts par les Parties n'entrent pas uniquement en concurrence avec ceux des autres hôpitaux généraux, mais aussi avec ceux de nombreux prestataires de soins, tels que les maisons de santé, cabinet de radiologies, ou cabinet médicaux privés. Ces autres acteurs constituent une réelle alternative pour les patients. Les parts de marché des soins ambulatoires spécialisés hors hôpitaux, en particulier, sont élevées et constituent dans la majorité des spécialités, la contrainte concurrentielle la plus importante. Les soins ambulatoires hors structures hospitalières exercent donc une contrainte concurrentielle significative pour les Parties à la Concentration.

*328. Dans la zone de soins de HAP-PHJ Mons, les Parties ont des parts de marché combinées de **CONFIDENTIEL** [30-40%]. Les soins ambulatoires spécialisés hors hôpitaux constituent la première contrainte concurrentielle avec **CONFIDENTIEL** [30-40%] de part de marché. Les deux autres principaux concurrents sont le Centre Hospitalier EpiCURA et le CHU Tivoli, avec des parts de marché respectives de **CONFIDENTIEL** [10-20% et de 10-20%]. Plusieurs autres institutions sont également actives dans la zone de soins de HAP-PHJ Mons, avec une part de marché inférieure ou égale à **CONFIDENTIEL** [0-10%].[344]*

329. L'instruction a confirmé que les cabinets privés et les principaux concurrents présents dans la zone jouent exercent une contrainte concurrentielle significative de nature à prévenir d'éventuels effets anti-concurrentiels liés à la réalisation de la Concentration, comme d'éventuelles hausses de prix non-régulés.

Analyse qualitative

a) Effets sur la facturation des honoraires

330. Pour rappel, les médecins conventionnés facturent les honoraires prévus par la grille tarifaire de l'INAMI. Le patient ne paie alors que le ticket modérateur, à savoir la différence entre le montant remboursé par la mutualité et les honoraires officiels fixés par la convention.[345] Lorsque le médecin n'est pas conventionné, il fixe librement le montant de ses honoraires.

331. L'Auditorat a investigué les risques d'une hausse de prix sous la forme d'une augmentation de facturation des prestations médicales à des honoraires non conventionnés au sein des hôpitaux des Parties. Pour rappel, ce risque d'augmentation tarifaire n'existe pas pour les honoraires de prestations prodiguées lors d'une hospitalisation, qui eux sont soumis aux règles applicables pour les suppléments dans la réglementation générale de l'hôpital.[346]

332. [redacted]

[344] Proposition de décision de l'Auditorat du 30 novembre 2023, Annexe 2

[345] Voir section IV.3.4.

[346] Voir Le BMF

[347] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 271 et 277.

[redacted].[350]

333. Bien que la décision de pratiquer des honoraires conventionnés ou non soit en principe du ressort du médecin, il ressort de l'instruction que l'hôpital est en mesure de contraindre ce choix dans sa réglementation générale. La question se pose donc de savoir si les Parties auront l'incitation à autoriser une proportion plus élevée de prestations médicales à des tarifs non conventionnés suite à la Concentration.

334. Il ressort de l'instruction que, pour la période 2019-2022, le nombre de prestations non conventionnées ont représenté moins de [redacted]% du nombre total de prestations conventionnées et non conventionnées facturées par HAP et PHJ. Les revenus générés par les honoraires non conventionnés représentent par ailleurs une proportion très limitée des honoraires totaux facturés par les Parties (moins de [redacted] %).[351]

335. A côté de ces limitations, l'enquête de marché révèle qu'en raison du profil socio-économique des patients situés dans la zone de soins de HAP-PHJ Mons, les médecins ont tendance à pratiquer des tarifs conventionnés afin de pouvoir effectivement traiter les patients.[352]

336. Au vu des éléments mentionnés ci-dessus et des politiques similaires des Parties quant aux honoraires non conventionnés, l'auditeur conclut qu'une harmonisation de celles-ci suite à la Concentration n'est pas susceptible d'entrainer de hausses significatives des honoraires non conventionnés.

b) <u>Effets par spécialité</u>

337. La question de savoir si le marché des soins ambulatoires devrait être défini au niveau de la spécialité dont relève les soins ambulatoires réalisés a également été laissée ouverte, notamment en raison du fait que l'ensemble des hôpitaux généraux se font concurrence sur un ensemble de services. Une analyse préliminaire des effets de la Concentration au niveau des spécialités a toutefois été jugée opportune afin d'en évaluer l'impact au niveau le plus étroit possible. Les parts de marché combinées des Parties variant entre 20 et 30% pour un grand nombre de spécialités, témoignant de la présence de nombreux concurrents sous la forme de structures hospitalières ou de cabinet privé.[353]

*338. Une exception notable concerne les soins ambulatoires d'urgence où les parts de marché combinées des Parties s'élèvent à **CONFIDENTIEL** [70-80%]. Cette part de marché élevée s'explique par le caractère extrêmement local des activités des services d'urgence et ne reflète pas, selon l'auditeur, l'existence d'un pouvoir de marché des Parties. En effet, il ressort de l'instruction qu'au moins 20% des patients arrivant aux urgences d'un hôpital belge sont déposés par une ambulance.[354] Ces arrivées ne sont pas le résultat du libre choix du*

---

[348] Voir article 21 de la réglementation applicable aux trois sites de Jolimont (Annexes 39 et 40 au Formulaire de notification (pièces I.O2.40 et I.O2.41)) et Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 276.

[349] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 271 et Annexe 38 au Formulaire de notification (pièce I.O2.39).

[350] Voir le PV de la réunion du 7 septembre 2023 entre l'ABC et le Centre Hospitalier EpiCURA (pièce III.2.C11.2), p. 3 ; le PV de la réunion du 12 septembre 2023 entre l'ABC et le CHU Tivoli (pièce III.3.B4.4), p. 5 ; le PV de la réunion du 14 septembre 2023 entre l'ABC et le Grand Hôpital de Charleroi (pièce III.5.B4.3), p. 3.

[351] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), p. 87 et 88, tableaux 50, 51, 52 et 53.

[352] Voir le PV de la réunion du 30 octobre 2023 entre l'ABC et le Dr Mroue (pièce VII.2.B3.1), p. 2.

[353] Proposition de décision de l'Auditorat du 30 novembre 2023, Annexe 2.

[354] SPF Santé publique, *Rapport « Service des urgences ». Analyse et tendances des données du RHM pour la période 2010 – 2018*, https://www.health.belgium.be/sites/default/files/uploads/fields/fpshealth_theme_file/analyse_2010_2018_fr.pdf, 2019, p. 10.

patient mais sont le résultat de l'application de la Loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente.[355] *Pour les patients se rendant aux urgences par leurs propres moyens, la proximité immédiate avec un service d'urgence donné est l'un des facteurs prépondérants dans le choix de l'hôpital.*[356]

339. Les parts de marché observées et l'absence de préoccupations exprimées dans le cadre de l'instruction menée par l'Auditorat permettent de conclure à l'absence de doutes sérieux quant à l'admissibilité de la présente Concentration en ce qui concerne la fourniture de soins ambulatoires spécialisés dans la zone de soins de HAP-PHJ Mons, en ce compris au niveau des spécialités individuelles.

ii) PHJ Warquignies

Analyse quantitative

340. Dans la zone de PHJ Warquignies, les soins ambulatoires spécialisés prodigués au sein de cabinets privés constituent également la première contrainte concurrentielle avec ***CONFIDENTIEL*** *[30-40%] de part de marché. Le Centre Hospitalier EpiCURA exerce également une pression concurrentielle importante avec une part de marché de* ***CONFIDENTIEL*** *[20-30%]. Plusieurs autres institutions sont également actives dans la zone de soins de PHJ Warquignies, mais avec une part de marché inférieure ou égale à* ***CONFIDENTIEL*** *[0-10%].*

Analyse qualitative

a) Effets sur la facturation des honoraires

341. La politique des Parties en matière d'honoraires non-conventionnés est applicable à l'ensemble de leurs sites. Les éléments considérés et les conclusions prises pour la zone HAP-PHJ Mons sont donc également valables pour la zone PHJ Warquignies.

b) Effets par spécialité

342. Les constations faites et les conclusions prises pour la zone HAP-PHJ Mons sont également vérifiables et applicables pour la zone PHJ Warquignies. Les parts de marché combinées des Parties varient entre 20 et 30% pour un grand nombre de spécialités, témoignant de la présence de nombreux concurrents sous la forme de structures hospitalières ou de cabinet privé.[357]

iii) Conclusion de l'auditeur

343. Au regard des éléments qui précèdent, la Concentration ne soulève pas de doutes sérieux d'une possible entrave significative à la concurrence effective par le biais d'effets non-coordonnés sur les marchés locaux affectés des soins ambulatoires spécialisés pour les zones de soins de HAP-PHJ Mons et de PHJ Warquignies.

---

[355] La loi du 8 juillet 1964 relative à l'aide médicale urgente prévoit l'obligation pour une ambulance appelée via le « 112 » de se rendre à l'hôpital le plus proche.

[356] KCE, « Organisation and payment of emergency care services in Belgium: current situation and options for reform », KCE Report 263, 2016, https://kce.fgov.be/fr/publications/tous-les-rapports/organisation-et-financement-des-services-durgence-en-belgique-situation-actuelle-et-possibilites-de.

[357] Proposition de décision de l'Auditorat du 30 novembre 2023, Annexe 2.

VIII.2.4 Analyse de l'impact de la Concentration sur le personnel soignant

VIII.2.4.a Effets sur les conditions de travail

i) Introduction

344. Les hôpitaux se font également concurrence pour attirer le personnel soignant (en ce compris les médecins, infirmiers, personnel médico-technique, etc.) afin d'offrir une palette de soins large et qualitative, à la fois en matière d'hospitalisations et de soins ambulatoires.[358] L'Auditorat a dès lors investigué si et dans quelle mesure ce facteur de concurrence allait être modifié suite à la Concentration, indépendamment du marché de produit affecté puisque qu'il s'agit d'une problématique transversale gérée de façon centralisée par les établissements de soins en question.

345. En théorie, la Concentration est susceptible d'impacter le personnel soignant de différentes manières, en limitant les opportunités d'exercice de la médecine ou de prestation de services de soins, en améliorant ou détériorant les conditions de travail du personnel, et en empêchant la mobilité du personnel soignant au détriment de ces derniers mais aussi des hôpitaux concurrents, privé du personnel nécessaire pour offrir des soins en concurrence avec les Parties.

ii) Position des Parties

346. [redacted][360]

347. [redacted][363]

348. [redacted].[364]

349. Enfin, les Parties indiquent que la mobilité du personnel, tant des médecins que du personnel soignant est grande. Les médecins en début de carrière seraient obligés de changer d'hôpital tous les 6 mois ou une fois par an. La mobilité serait accentuée par la pénurie du personnel médical et infirmier qui seraient

---

[358] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 24 et 322 ; [**CONFIDENTIEL**] [redacted] ; [**CONFIDENTIEL**] [redacted] ; le PV de la réunion du 15 septembre 2023 entre l'ABC et la Clinique Notre-Dame de Grâce (pièce III.4.A5.1), p. 3.

[359] Voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 24.

[360] *Ibid.*, p. 49, § 190 et tableau 28.

[361] *Ibid.*, § 247.

[362] *Ibid.*, § 322-323.

[363] Voir la réponse des parties à la DDR du 29 septembre 2023 (pièce I.L4.1), p. 9, § 35.

[364] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 322-323.

toujours susceptibles de trouver de meilleures conditions de travail ailleurs. Les distances parcourues par les médecins et le personnel soignant seraient de manière générale importantes.[365] Enfin, contractuellement, aucune limite à la mobilité du personnel soignant n'existerait en l'absence de clause d'exclusivité.[366]

iii) Instruction

350. Il ressort des échanges avec les Parties, les concurrents et les régulateurs que la pénurie de personnel soignant est un problème important et persistant.[367] Cette pénurie a pour effet d'affaiblir la qualité des soins offerts. Parmi les régulateurs, le SPF Santé publique considère qu'une concentration permettrait d'utiliser de manière plus efficace les ressources humaines, qui sont limitées dans le secteur en raison de la pénurie. Selon le SPF Santé publique, la concentration de l'offre permet ainsi de s'assurer du maintien de certains services et programmes dont les normes d'agrément exigent un personnel minimum ou des permanences, auxquelles il devrait autrement être mis fin.[368]

351. L'instruction confirme par ailleurs que la Concentration permettrait à l'entité fusionnée de gagner en attractivité vis-à-vis du personnel soignant, car sa taille lui permettrait de réaliser des économies d'échelle et, par conséquent, de proposer des avantages extra-légaux, ainsi que des conditions de travail plus attractives pour le personnel soignant.[369]

352. L'Union générale des infirmiers de Belgique (« UGIB ») considère que la Concentration est susceptible d'améliorer les conditions de travail du personnel soignant. Elle exclut également que la Concentration puisse créer une entité fusionnée pouvant dicter des conditions de travail que le personnel serait contraint d'accepter faute d'alternatives suffisantes. En effet, dans la mesure où les salaires du personnel infirmier sont soumis au barème IFIC, l'UGIB a affirmé que l'entité fusionnée ne sera vraisemblablement pas en mesure de modifier très significativement l'offre salariale au point de priver les autres hôpitaux de la région de leur personnel infirmier.[370]

353. Les concurrents considèrent également que la concurrence salariale entre hôpitaux est limitée voire inexistante.[371] Cependant une petite marge de manœuvre pour les grandes structures existe quant à certaines primes à l'embauche ou la valorisation de l'ancienneté permettant au personnel de bénéficier d'un salaire correspondant à une ancienneté plus grande que leur expérience réelle.[372] La majorité des concurrents identifie essentiellement une augmentation de l'attractivité des Parties davantage liée à

---

[365] *Ibid.*, § 118.

[366] *Ibid.*, § 297-298.

[367] Voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 24 et 322 ; le PV de la réunion du 7 septembre entre l'ABC et le Centre Hospitalier EpiCURA (pièce III.2.C11.2), p. 5 ; **[CONFIDENTIEL]** [redacted] ; le PV de la réunion du 15 septembre 2023 entre l'ABC et la Clinique Notre-Dame de Grâce (pièce III.4.A5.1), p. 3 ; la réponse du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 6 et la réponse de l'AVIQ à la DDR du 26 octobre 2023 (pièce II.3.A2.1), p. 7.

[368] Voir la réponse du SPF Santé publique à la DDR du 30 octobre 2023 (pièce II.2.B2.1), p. 6.

[369] Voir le PV de la réunion du 30 octobre 2023 entre l'ABC et le Dr Mroue (pièce VII.2.B3.1), p. 3 et le PV de la réunion du 23 octobre 2023 entre l'ABC et l'Union générale des infirmiers de Belgique (pièce VI.C.3.A4.1), p. 1-2.

[370] Voir le PV de la réunion du 23 octobre 2023 entre l'ABC et l'UGIB (pièce VI.C.3.A4.1), p. 1-2.

[371] Voir le PV de la réunion du 12 septembre 2023 entre l'ABC et le CHU Tivoli (pièce III.3.B4.4), p. 4 ; le PV de la réunion du 14 septembre 2023 entre l'ABC et le Grand Hôpital de Charleroi (pièce III.5.B4.3), p. 4 ; le PV de la réunion du 7 septembre 2023 entre l'ABC et le Centre Hospitalier EpiCURA (pièce III.2.C11.2), p. 5 ; et le PV de la réunion du 8 septembre 2023 entre l'ABC et le CHR Haute-Senne (pièce III.1.B10), p. 5.

[372] Voir la réponse du CHR Haute-Senne à la DDR du 20 juin 2023 (pièce III.1.A2.1), p. 2 ; le PV de la réunion du 8 septembre 2023 entre l'ABC et le CHR Haute-Senne (pièce III.1.B10), p. 5 ; [**CONFIDENTIEL**] [redacted] ; le PV de la réunion du 15 septembre 2023 entre l'ABC et la Clinique Notre-Dame de Grâce (pièce III.4.A5.1), p. 5.

l'environnement de travail et aux avantages extra-légaux.[373] La plupart des hôpitaux concurrents, tels que le Centre Hospitalier EpiCURA et la Clinique Notre-Dame de Grâce ont ainsi mis en avant que les plus grosses structures sont plus compétitives au niveau de la valorisation de l'expérience, de l'organisation des gardes et des horaires de travail, et de l'investissement dans la technologie médicale, et des possibilités de spécialisation.[374] Un concurrent de taille modérée, la Clinique Notre-Dame de Grâce, considère néanmoins qu'une plus petite taille peut constituer un avantage car beaucoup d'infirmiers et médecins ne voudraient, selon elle, plus travailler dans de grosses structures.[375]

354. Concernant la limitation de la mobilité du personnel, la plupart des concurrents n'exprime pas de craintes particulières, hormis ***CONFIDENTIEL*** [redacted]*. Pour ce dernier, si l'entité fusionnée était capable d'offrir des avantages plus attractifs, elle disposerait d'un avantage concurrentiel[376] dans ce qu'il a décrit comme* ***CONFIDENTIEL*** [redacted]*.[377] Une telle situation risquerait d'assécher ses ressources, et elle peinerait à maintenir une offre alternative de qualité.[378] Le Grand Hôpital de Charleroi souligne qu'en dépit du probable gain d'attractivité de l'entité fusionnée, le risque de départ des médecins et infirmiers vers l'entité fusionnée est plutôt modéré.[379] Aucun concurrent ni aucun représentant du personnel médical ne relève l'existence ou l'importance de clauses d'exclusivité.*

355. Enfin, l'opportunité d'exercice de la médecine ou de prestation de services de soins constitue dans une large mesure l'effet miroir de l'offre de soins aux patients, à propos de laquelle les risques d'une limitation résultant de la Concentration ont été écartés dans l'analyse des différentes zones de soins pertinentes.

iv) Conclusion de l'auditeur

356. L'auditeur constate que les hôpitaux font actuellement face à une pénurie de médecins et de personnel soignant à tous niveaux. L'instruction a permis de révéler que la difficulté de recrutement était bien une réalité dans un certain nombre de lignes de service et que l'objectif de la présente Concentration était de rendre les infrastructures et les conditions de travail plus attrayantes pour les médecins et le personnel soignant.[380]

357. Les avantages issus de la Concentration pour le personnel sont confirmés par l'instruction. Ils représentent également un avantage concurrentiel pour les Parties. Toutefois cet avantage n'est pas susceptible de limiter indûment la mobilité du personnel et l'accès à celui-ci pour les concurrents. Les paramètres de concurrence pour le personnel concernent essentiellement les conditions extra-salariales. Ils sont accessibles à l'ensemble des hôpitaux sans que la Concentration ne limite cette forme de concurrence. En outre, la Concentration incite les établissements hospitaliers à innover de manière à retenir ou attirer le personnel soignant. Par ailleurs, en l'absence de clauses contractuelles exclusives, la mobilité du personnel n'est pas non plus limitée juridiquement.

---

[373] Voir le PV de la réunion du 13 septembre 2023 entre l'ABC et le Centre Hospitalier EpiCURA (pièce III.2.C11.3) p. 4 ; le PV de la réunion du 15 septembre 2023 entre l'ABC et la Clinique Notre-Dame de Grâce (pièce III.4.A5.1), p. 5 ; le PV de la réunion du 8 septembre 2023 entre l'ABC et le CHR Haute Senne (pièce III.1.B10) ; [**CONFIDENTIEL**] [redacted] ; le PV de la réunion du 14 septembre 2023 entre l'ABC et le Grand Hôpital de Charleroi (pièce III.5.B4.3), p. 4

[374] Voir le PV de la réunion du 7 septembre 2023 entre l'ABC et le Centre Hospitalier EpiCURA (pièce III.C11.2), p. 5 et le PV de la réunion du 15 septembre 2023 entre l'ABC et la Clinique Notre-Dame de Grâce (pièce III.4.A5.1), p 5.

[375] Voir le PV de la réunion du 15 septembre 2023 entre l'ABC et la Clinique Notre-Dame de Grâce (pièce III.4.A5.1), p. 5.

[376] [**CONFIDENTIEL**] [redacted].

[377] [**CONFIDENTIEL**] [redacted]

[378] *Ibid*.

[379] Voir le PV de la réunion du 14 septembre 2023 entre l'ABC et le Grand Hôpital de Charleroi (pièce III.5.B4.3), p. 4.

[380] Voir pièce I.E5.169.

358. L'auditeur en conclut que la Concentration n'est pas nature à susciter des doutes sérieux de dégradation des conditions de travail du personnel soignant.

VIII.2.4.b Rétrocessions

i) Introduction

359. Les honoraires des médecins font partie intégrante du budget d'un hôpital, comme expliqué ci-dessus. Le contenu des honoraires est déterminé par les articles 154 et 155 de la Loi sur les hôpitaux. Ces honoraires correspondent à la rémunération que les médecins perçoivent pour les soins offerts. Ces honoraires sont fixés librement par le médecin sous réserve des limites qui découlent de son statut de médecin conventionné ou des limites aux suppléments imposées par l'hôpital. La perception des honoraires peut être directe par les médecins ou centralisée par l'hôpital qui reverse ensuite les montants auprès de chaque spécialité médicale souvent organisée sous forme de « pool ».[381] Tous les médecins hospitaliers participent toutefois différemment au budget de l'hôpital et certaines spécialités sont à l'inverse rémunérées par l'hôpital, ce qui est le cas des médecins urgentistes ou des gériatres.

ii) Position des Parties

360. [redacted].[383]

361. [redacted].[384]

iii) Instruction

362. Au regard des informations rendues disponibles par le SPF Santé publique sur le financement des hôpitaux, l'auditeur constate que les honoraires des médecins actifs au sein d'un hôpital font partie de la comptabilité de l'hôpital.[385] Selon la situation, une partie ou la totalité de ces honoraires apparaîtra sur les comptes des hôpitaux.[386] L'auditeur constate que ni l'INAMI, ni le SPF Santé publique, ne régule ou surveille la politique de rétribution des médecins par les hôpitaux.

363. Les concurrents, comme les Parties, ont indiqué que la politique de rétribution des médecins était un paramètre sur lequel les hôpitaux pouvaient se faire concurrence afin d'attirer les médecins en période de pénurie.[387]

---

[381] Voir K. Kesteloot et G. Van Herck, *Financieel beleid voor ziekenhuizen*, Acco, 2015, p. 130-131.

[382] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 212-216 pour HAP et § 217-220 pour PHJ.

[383] *Ibid.*, § 214 pour HAP et § 220 pour PHJ.

[384] *Ibid.*, § 221.

[385] Voir SPF Santé publique, rapport « Données phares dans les soins de santé – Hôpitaux généraux », éd. 2023, p. 23.

[386] Traduction libre de *« Naargelang de situatie (cf. infra) komt een deel van die honoraria, of alle honoraria, in de ziekenhuisboekhouding »,* voir K. Kesteloot et G. Van Herck, *Financieel beleid voor ziekenhuizen*, Acco, 2015, p. 13.

[387] Voir le PV de la réunion du 7 septembre 2023 entre l'ABC et le Centre Hospitalier EpiCURA (pièce III.2.C11.2), p. 5-6 ; [**CONFIDENTIEL**] [redacted] ; [**CONFIDENTIEL**] [redacted].

364. Les médecins interrogés lors de l'enquête n'ont pas émis d'opinions particulières quant à la politique de rétribution des médecins.[388]

365. Il ressort par ailleurs de l'instruction qu'une politique de « standstill » des rétributions a été mise en place par la Commission paritaire nationale des médecins hospitaliers précitée. Elle tend à éviter que les médecins hospitaliers – déjà soumis à la politique du gel des suppléments d'honoraires – ne subissent automatiquement dans la foulée des retenues supplémentaires sur leurs honoraires par le biais des rétributions. Les rétributions peuvent toutefois être modifiées dans le cadre des mécanismes habituels prévus entre le conseil médical de l'hôpital et le gestionnaire. En toute hypothèse, il est interdit pour les hôpitaux d'appliquer de nouvelles retenues pour les frais médicaux non remboursés par le budget.[389]

iv) Conclusion de l'auditeur

366. Les Parties ont chacune une politique différente de rétribution des médecins telle que reprise dans leur réglementation générale[390] *et n'ont pas transmis d'informations sur la manière dont la Concentration pouvait modifier cette politique à l'avenir.*

367. Sur la base des éléments à sa disposition au terme de son enquête préliminaire, l'auditeur considère qu'il n'existe pas de doutes sérieux d'une possible dégradation des rétributions des médecins à la suite de la Concentrations en raison de différents éléments dont, d'une part, la volonté des parties d'attirer et/ou de conserver les médecins en période de pénurie et, d'autre part, l'existence d'un standstill des rétrocessions prévues par la Commission paritaire précitée.

VIII.3 Gains d'efficacité

368. Les Lignes directrices sur les concentrations horizontales de la Commission européenne disposent que pour déterminer l'effet d'une concentration sur la concurrence, il convient de tenir compte des gains d'efficacité probables démontrés par les entreprises concernées.

369. Les gains d'efficacité allégués doivent remplir plusieurs conditions cumulatives afin d'être en mesure de contrebalancer les effets dommageables que la concentration produirait, en leur absence, sur la concurrence. Les gains d'efficacité doivent ainsi être (i) quantifiables et vérifiables ; (ii) spécifiques à la concentration ; et (iii) au moins en partie transférés aux consommateurs. Les gains qui ne bénéficient qu'aux Parties sont donc exclus. Cela implique également que les gains d'efficacité avancés par les Parties soient justifiés de manière suffisante pour pouvoir en contrôler l'existence.[391]

VIII.3.1 Position des Parties

370. Les Parties identifient différents types de gains d'efficacité qu'elles visent à réaliser au travers de la Concentration.

371. En premier lieu, les Parties soutiennent que la Concentration permettrait [redacted]

[388] Voir le PV de la réunion du 30 octobre 2023 entre l'ABC et le Dr Mroue (pièce VII.2.B3.1).

[389] Voir l'avis de la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux sur la stabilisation des suppléments d'honoraires et des rétrocession, Annexe 43 au Formulaire de notification (pièce I.O2.44), p. 4.

[390] Pour HAP, voir Annexe 38 au Formulaire de notification (pièce I.O2.39). Pour PHJ, voir Annexes 39 et 40 au Formulaire de notification (pièces I.O2.40 et I.O2.41).

[391] Voir Lignes directrices sur les concentrations horizontales, § 76-88.

[392] La construction des nouvelles infrastructures est subventionnée par l'AVIQ.

[redacted][394]

372. [redacted][397]

373. *En troisième lieu, les Parties font état d'économies d'échelle améliorant la qualité de service hospitalier. Elles soutiennent que les autorités publiques œuvrent à un renforcement constant des normes de volumes d'activité pour les hôpitaux généraux.*[398] *Elles expliquent que selon des études mettant en évidence cet effet,*[399] *certains traitements ne pourraient être délivrés que par des centres prenant en charge des volumes importants de patients. Les Parties mentionnent notamment l'existence de niveaux d'activité minimaux pour la cardiologie interventionnelle et/ou la chirurgie cardiaque, tels que fixés par l'arrêté royal du 15 juillet 2004. Ces normes de volume existeraient non seulement pour des pathologies rares mais aussi pour des pathologies classiques. Elles entraîneraient un effet de désertification de l'activité dans certaines régions du pays que la Concentration permettrait d'éviter pour les provinces du Brabant wallon et du Hainaut.*[400]

374. *En quatrième lieu, les Parties font mention de l'existence d'économies d'échelle en termes de réduction de coûts. La Concentration permettrait de réduire les coûts des services de support (administratifs, IT, buanderie, catering, etc.) et d'optimiser l'offre hospitalière en évitant la duplication d'équipements de pointe.*[401]

375. *En cinquième lieu, l'augmentation de la masse critique des cas traités permettrait aux Parties d'améliorer la qualité des soins offerts en prenant une approche plus holistique dans laquelle des groupes*

---

[393] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 316-319.

[394] *Ibid.*, § 337-339.

[395] Les Parties expliquent que : « *La pénurie de professionnels dans le secteur de la santé est une tendance lourde dans la plupart des pays occidentaux. Elle trouve son origine dans une multitude de facteurs, dont notamment le numérus clausus médical, la pénibilité des métiers de soins et les contraintes qui rendent difficile le maintien d'un équilibre vie privée/vie professionnelle* ». Voir Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 322.

[396] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 247.

[397] *Ibid.*, § 323.

[398] *Ibid.*, § 324.

[399] Les Parties s'appuient notamment sur une étude du KCE sur le traitement du cancer du sein, voir KCE, « Cancer du sein : les cliniques du sein agréées font-elles la différence ? », Health Services Research (HSR), 2023, KCE Reports 365B.

[400] Formulaire de notification (pièce I.O1.1), § 326-328.

[401] *Ibid.*, § 334-335.

de patients pourraient être regroupés, ou bien de faciliter le développement de projets de recherche, d'améliorer la politique commune de qualité et sécurité, et de se conformer aux nouvelles normes à un moindre coût.[402]

VIII.3.2 Appréciation au cas d'espèce

376. A l'issue de son analyse concurrentielle, l'Auditorat a conclu à l'absence de doutes sérieux concernant l'existence d'une entrave significative à la concurrence effective. Partant, il n'est pas nécessaire en l'espèce d'effectuer une mise en balance entre les effets dommageables et les gains d'efficacité.

377. En outre, l'Auditorat a déjà pris en compte dans l'analyse concurrentielle une série d'éléments avancés par les Parties au titre des gains d'efficacité, en particulier les éléments relatifs au développement et au maintien de sites hospitaliers et de certains services particuliers, à l'amélioration de la qualité des soins liée aux volumes d'activités et aux conditions de travail du personnel soignant. Il n'est donc pas nécessaire d'y revenir ici.

IX. Conclusion de l'auditeur sur les effets de la Concentration

378. Compte tenu de ce qui précède, l'auditeur est d'avis que, tant pour les marchés locaux des hospitalisations affectés que pour les marchés locaux des soins ambulatoires spécialisés affectés, en ce compris les aspects transversaux concernant les suppléments d'honoraires, les suppléments de chambre et l'impact sur le personnel soignant, il n'existe pas de doutes sérieux que le projet de Concentration puisse être de nature à entraver de manière significative une concurrence effective dans le marché belge ou une partie substantielle de celui-ci au sens de l'article IV.9, § 3 du CDE.

X. Proposition de Décision

379. L'auditeur propose au Collège de la concurrence, en application des articles IV.66, § 1er, 2° CDE et IV.66, § 2, 1° CDE de :

- *constater que la Concentration notifiée sous le n° CONC–C/C–23/0018 entre dans le champ d'application des règles relatives au contrôle des concentrations du CDE ;*
- *déclarer cette Concentration admissible.* »

[402] *Ibid.*, § 340.

IV. L'appréciation du Collège

IV.1 Applicabilité des règles sur le contrôle des concentrations du livre IV CDE

26. Le Collège souligne que l'Autorité belge de la concurrence est compétente pour apprécier les concentrations entre « entreprises ». Selon l'article I.6, 12° CDE, une entreprise est définie comme « toute personne physique ou personne morale poursuivant de manière durable un but économique. » En effet, selon la jurisprudence constante, la notion d'entreprise comprend toute entité exerçant une activité économique, indépendamment du statut juridique de cette entité et de son mode de financement.[403]

Les hôpitaux en cause exercent une activité économique, consistant dans la fourniture des soins de santé, de caractère non-marchand. Or, le but non-lucratif n'enlève pas en soi-même à l'activité qu'une entité exerce sa nature économique[404].

27. Le Collège partage le point de vue exprimé par l'auditeur dans les points 240 et 241 de la Proposition de décision suivant lequel les Parties disposent d'un comportement autonome, même limité, nonobstant la réglementation spécifique qui s'applique au secteur hospitalier. Le système belge des soins de santé est basé sur le libre choix et le libre accès des patients, ce qui crée un rapport de concurrence entre les hôpitaux. Comme les revenus des hôpitaux dépendent du nombre et de la durée des hospitalisations et du nombre de soins ambulatoires prodigués, ces derniers sont incités à entrer en concurrence pour attirer les patients, tant sur la qualité de l'offre de soins (entendue notamment comme la diversité de l'offre et son accessibilité) que sur les éléments de prix non régulés de l'offre (voir aussi le point 46 ci-après). Il en ressort que l'importante réglementation du secteur hospitalier tant au niveau de la qualité que du prix n'empêche pas que les hôpitaux soient en concurrence dans la fourniture des services de soins. Dans cette perspective, le régime de contrôle des concentrations a comme but d'apprécier les effets des concentrations entre hôpitaux sur la concurrence effective dans le marché des services de soins, tout en tenant compte de la spécificité du secteur hospitalier.

Le choix des Parties de passer de la participation à un réseau locorégional à une fusion de leurs activités hospitalières générales motivée par le souhait de dépasser la logique limitée de la collaboration en réseau en faisant bourse commune (point 33 de la Proposition de décision) est révélatrice de leur liberté d'action stratégique. Il importe de ce fait d'examiner dans quelle mesure cette Concentration est de nature à affecter certains marchés pertinents et à entraver de manière significative la concurrence effective sur ces marchés.

Le fait que les hôpitaux sont financés par des fonds publics (le budget des moyens financiers, « BMF ») n'empêche pas que le contrôle des concentrations imparti à l'Autorité belge de la concurrence soit applicable.

Le Collège constate au vu des données reprises dans les points 23 à 25 et 36 de la Proposition de décision que, sur la base des chiffres d'affaires réalisés par les Parties, la Concentration atteint les seuils fixés à l'article IV.7, §1er CDE et eu égard à l'article IV.66, §1, 2° CDE, que la Concentration tombe dans le champ d'application du livre IV CDE.

[403] Arrêts du 23 avril 1991, Höfner et Elser, C-41/90, point 21; du 1 novembre 1995, Fédération française des sociétés d'assurances e.a., C-244/94, point 14, et du 11 décembre 1997, Job Centre, C-55/96, point 21.

[404] Arrêt de la Cour du 1 novembre 1995, Fédération française des sociétés d'assurances e.a., C-244/94, point 21.

IV.2 Remarques préliminaires relatives à la charge de la preuve et le cadre juridique d'appréciation

28. Le Collège doit, dans une première phase en application de l'article IV.66, § 2 CDE, approuver les concentrations notifiées qui tombent dans le champ d'application des règles sur le contrôle des concentrations du Livre IV du Code de droit économique s'il n'est pas démontré devant le Collège qu'un doute sérieux existe sur l'admissibilité d'une concentration au sens de l'article IV.9, § 4 CDE. La charge de la preuve concernant la démonstration d'un doute sérieux incombe à l'ABC, et dès lors, au vu de sa structure, tout d'abord à l'Auditorat. Le Collège doit motiver de manière suffisante tout écartement de la proposition de l'auditeur.

Le Collège estime, sur la base de sa pratique constante, que le caractère sérieux du doute doit être évalué en regard de la probabilité que les conséquences négatives se produisent, de la gravité de ces conséquences négatives si elles se produisent, et de la probabilité que ces conséquences négatives soient causées par la concentration. La seule constatation que des conséquences négatives ne peuvent pas être exclues ne suffit pas, selon le Collège, pour engager la procédure d'instruction et de décision complémentaire visée aux articles IV.67 à IV.69 du CDE. Il en va certainement ainsi lorsque la probabilité de la survenance de conséquences négatives n'est pas élevée.[405]

IV.3 Définition des marchés pertinents

29. Le Collège se rallie à la segmentation de base retenue par l'auditeur qui analyse séparément l'offre de soins hospitaliers et l'offre de soins ambulatoires.

30. Concernant l'offre de soins hospitaliers, le Collège partage la conclusion retenue par l'auditeur aux points 127, 135 à 137 de la Proposition de décision, pour les raisons développées par elle, selon laquelle

- le marché de produits pertinent peut être défini comme le marché des hospitalisations à l'exclusion des hospitalisations en hôpital psychiatrique,

- la définition précise des marchés peut être laissée ouverte étant donné que la concentration en cause ne soulève pas de doutes sérieux quant à son admissibilité indépendamment des segmentations possibles,

- à titre conservatoire, l'impact de la concentration sera évalué sur un marché des hospitalisations et sur la base des segmentations plus étroites des hospitalisations classiques et de jour, ainsi que des lignes de services (point 137 de la Proposition de décision).

31. De même, concernant l'offre de soins ambulatoires, le Collège partage la conclusion retenue par l'auditeur aux points 175 à 177 de la Proposition de décision, pour les raisons développées par elle, selon laquelle

- la pratique décisionnelle existante et les résultats de l'instruction convergent vers l'existence, dans le contexte belge, d'un marché de l'offre de soins ambulatoires spécialisés excluant les soins ambulatoires réalisés par les médecins généralistes et distinct du marché des soins hospitaliers

[405] Voir, en ce sens, la Décision BMA- A-2013-C/C-03 du 25 octobre 2013 Zaak nr. MEDE – C/C – 13/0020 De oprichting van het Mediahuis door Corelio NV en Concentra NV, para. 674.

(tant des soins hospitaliers avec séjour à l'hôpital que de l'hospitalisation de jour). Ces soins ambulatoires spécialisés peuvent donc être décrits comme étant les soins de santé ne nécessitant pas une hospitalisation, tels que des consultations et des actes médico-techniques (imagerie médicale, biologie clinique, etc.), fournis par des médecins spécialistes tant au sein d'un hôpital (dans un espace prévu à cet effet séparé des patients hospitalisés) qu'au sein d'un cabinet privé ou d'une clinique privée (points 165, 167, 172 et 220 de la Proposition de décision),

- la définition précise des marchés peut être laissée ouverte, étant donné que la Concentration en cause ne soulève pas de doutes sérieux indépendamment des segmentations plausibles,

- à titre conservatoire, l'impact de la Concentration sera analysé sur un marché des soins ambulatoires spécialisés global, ainsi que sur la base de segmentations plus étroites déterminées au niveau de la spécialisation sous laquelle sont repris les soins ambulatoires spécialisés prodigués dans la nomenclature INAMI.

32. Quant au marché géographique, le Collège partage la conclusion retenue par l'auditeur aux points 153 à 155 et 187 à 189 de la Proposition de décision pour les raisons développées par elle, selon laquelle la pratique décisionnelle existante et les résultats de l'instruction convergent vers une définition de marché de dimension infranationale, voire locale, sur base de zones de soins déterminées autour des sites des Parties notifiantes.

33. Les Parties notifiantes disposent présentement de sept sites hospitaliers (hôpitaux généraux); à moyen terme, les Parties envisagent [redacted] (points 246 et 247 de la Proposition de décision).

34. Le Collège souligne, à l'instar de l'auditeur, qu'étant donné que la Concentration en cause ne soulève pas de doutes sérieux indépendamment des segmentations plausibles, la définition précise des marchés peut être laissée ouverte. L'identification des marchés affectés, et dès lors l'analyse concurrentielle, est effectuée, à titre conservatoire, au niveau des marchés locaux.

35. Le Collège valide la méthodologie retenue par l'auditeur pour identifier les marchés géographiques pertinents locaux. L'auditeur a déterminé le marché géographique pertinent autour de chaque site des Parties en termes de leur empreinte réelle sur la base du volume des prestations de soins fournies à leurs patients. La délimitation du marché pertinent sur base d'isochrones reflète le fait que le temps de parcours entre le patient et le site hospitalier est (en général) un critère déterminant de choix pour les patients. [redacted].

36. Ainsi que précisé en audience par le directeur des affaires économiques, la qualité et le niveau de détail des données disponibles ont permis de calculer le temps de trajet entre le site et le centre de chaque code postal pour ensuite, sur base du résultat de la distribution cumulative des temps de trajets des patients, déterminer le temps de trajet au-delà duquel l'attraction des patients devient négligeable. Sur base du résultat de cette distribution cumulative, l'auditeur retient une taille du marché géographique pertinent – également appelée zone de soins - comme étant celle dans laquelle se situent les patients qui

représentent 90% du volume d'activités du site hospitalier dans le marché pertinent considéré. La zone de soins à 90% ainsi délimitée correspond à un temps de trajet de **CONFIDENTIEL** [20 à 30] minutes selon le type d'hospitalisation (point 212 de la Proposition de décision).

IV.4 Identification des marchés affectés nécessitant une analyse économique

37. Les marchés affectés pour lesquels une analyse concurrentielle est nécessaire sont les marchés pertinents sur lesquels les Parties détiennent une part de marché cumulée d'au moins 25%.

38. Lorsque les marchés locaux ont été définis, les parts de marché peuvent être déterminées pour les Parties et leurs concurrents, en l'occurrence les autres hôpitaux et prestataires de soins ambulatoires fréquentés par les patients originaires de la zone de soins. Ces parts de marché correspondent, pour chaque prestataire de soins fréquenté par les patients originaires de la zone de soins, au pourcentage que représente le nombre de ses prestations fournies aux patients originaires de la zone de soins dans le nombre total de prestations de soins fournies aux patients de cette zone. Des prestataires de soins fréquentés par les patients originaires de la zone peuvent être localisés en dehors de la zone, et pas seulement dans le voisinage immédiat des limites de la zone de soins. De la sorte, la méthodologie appliquée permet de calculer la part de marché de ces prestataires « hors zone » et d'ainsi tenir compte de la pression concurrentielle qu'ils exercent sur les Parties.

39. Une part de marché de 25% d'un site hospitalier dans le volume total d'hospitalisations de patients localisés dans une zone de soins signifie ainsi que dans 25% des cas, les patients localisés dans la zone de soins qui ont été hospitalisés dans la période considérée ont choisi ce site hospitalier.

40. L'auditeur retient sur cette base les marchés affectés mentionnés aux points 215, 224 et 225 de la Proposition de décision.

41. Le Collège souscrit à la pertinence de cette méthodologie et, par conséquent, le Collège retient comme affectés trois marchés locaux des hospitalisations et deux marchés locaux des soins ambulatoires :

- le marché local des hospitalisations autour du site de HAP-PHJ Mons situé à Mons ;
- le marché local des hospitalisations autour du site de PHJ Warquignies situé à Boussu ;
- le marché local des hospitalisations autour du site PHJ Jolimont situé à La Louvière ;
- le marché local des soins ambulatoires spécialisés autour du site de HAP-PHJ Mons situé à Mons ; et
- le marché local des soins ambulatoires spécialisés autour du site de PHJ Warquignies situé à Boussu.

IV.5 Analyse concurrentielle

42. Avant d'exposer la méthodologie appliquée pour l'analyse concurrentielle dans le cas d'une fusion d'hôpitaux, et d'en souligner les spécificités, l'auditeur rappelle, sur la base en particulier des Lignes directrices sur les concentrations horizontales (Commission européenne, Lignes directrices sur l'appréciation des concentrations horizontales au regard du règlement du Conseil relatif au contrôle des concentrations entre entreprises (JO 2004/C 31/03)), quelques principes généraux sur l'évaluation des effets probables de la concentration. L'auditeur rappelle qu'une concentration horizontale peut entraver la concurrence effective en produisant des effets non-coordonnés ou coordonnés.

43. Des effets coordonnés peuvent se produire « lorsque, du fait de l'opération, la nature de la concurrence change de telle sorte que les entreprises estiment qu'il est économiquement préférable d'adopter durablement une même ligne d'action sur le marché dans le but de vendre leurs produits à des prix plus élevés … » (point 231 de la Proposition de décision). Le Collège partage le diagnostic de l'auditeur suivant lequel une possible coordination sur les différents marchés pertinents suite à la concentration est difficile et peu probable. Les éléments retenus par l'auditeur sont la réglementation qui limite l'étendue des domaines pouvant faire l'objet d'une coordination, la complexité et l'hétérogénéité de la nature des prestations qui réduisent fortement la transparence ainsi que l'asymétrie structurelle entre les hôpitaux et les autres prestataires de soins ambulatoires qui impacte leurs incitations respectives dans le marché des soins ambulatoires spécialisés. Pour le surplus, l'enquête de marché n'a relevé aucun indice de coordination ou de mécanisme de dissuasion éventuel (point 232 de la Proposition de décision).

44. Des effets non-coordonnés (unilatéraux) peuvent se produire lorsque, du fait de l'opération et de la réduction de la pression concurrentielle qui en résulte, les Parties sont incitées à augmenter les prix et/ou à réduire la qualité après la concentration sans avoir à se coordonner avec d'autres concurrents, et ont la possibilité de le faire. Et qu'en outre, du fait de la réduction de la pression concurrentielle, d'autres acteurs du marché, qui ne sont pas parties à la concentration, peuvent à leur tour trouver avantageux d'augmenter leurs prix ou de réduire la qualité, ce qui se traduit par des effets préjudiciables sur l'ensemble du marché (point 230 de la Proposition de décision).

45. Dans le cas d'une fusion entre hôpitaux, la règlementation du secteur hospitalier permet de relativiser les risques de hausse des prix pour ce qui concerne les soins de santé qui font l'objet d'une tarification par les pouvoirs publics au niveau national (point 191 de la Proposition de décision). Quant au risque de dégradation de la qualité des soins – qualité évaluée à l'aune de plusieurs indicateurs (point 244 de la Proposition de décision) – qui ferait suite à une diminution significative de la concurrence dans le marché géographique pertinent, l'existence d'un contrôle sectoriel par les autorités publiques qui peut même, en théorie, conduire jusqu'au retrait de l'agrément octroyé à l'hôpital, pourrait permettre d'écarter une partie de ce risque (point 239 de la Proposition de décision).

46. Le Collège se rallie entièrement à l'analyse de l'auditeur selon laquelle cette réglementation n'élimine pas la dynamique concurrentielle propre aux hôpitaux ainsi qu'il le développe dans les points 240 – 242 de la Proposition de décision :

« 240. Il convient toutefois de souligner l'existence d'un rapport de concurrence sur la qualité de l'offre de soins entendue notamment comme la diversité de l'offre et son accessibilité pour le patient, en particulier au regard des principes de libre choix et de libre accès aux soins en Belgique. Comme les revenus des hôpitaux dépendent du nombre et de la durée des hospitalisations (via le BMF) et du nombre de soins ambulatoires prodigués (via les honoraires facturés par les médecins et rétrocédés en partie aux hôpitaux), ces derniers sont également incités à entrer en concurrence à ce niveau pour attirer les patients.

241. De plus, une concentration entre hôpitaux est également susceptible de générer des effets sur les composantes non régulées de l'offre de ces établissements, à savoir :

- Sur les marchés des hospitalisations : les suppléments de chambre individuelle ainsi que les suppléments d'honoraires liés à une chambre individuelle ;

- Sur les marchés des soins ambulatoires spécialisés : les suppléments d'honoraires liés aux prestations de soins fournies par des médecins non conventionnés.

242. L'Auditeur a donc analysé ces potentiels effets selon une méthodologie ayant pour principale caractéristique d'examiner le comportement des patients situés dans la zone de soins des hôpitaux étudiés. Cette méthodologie a pour avantage de prendre en compte l'ensemble des hôpitaux qui sont effectivement fréquentés par les patients les plus susceptibles de se faire soigner dans les hôpitaux de HAP et PHJ. Elle permet une analyse fine d'une majeure partie de la pression concurrentielle que peuvent exercer les hôpitaux concurrents puisque chacun n'est pris en compte qu'à hauteur de la proportion de patients résidant dans la zone de soins de l'hôpital étudié qui se rendent effectivement dans l'hôpital concurrent ».

IV.5.1. Impact de la concentration sur les marchés locaux des hospitalisations

47. Le niveau de concentration sur un marché est évalué habituellement par une mesure du type HHI (indice d'Herfindhal) qui est un indicateur pertinent de pouvoir de marché. Cependant, le niveau de concentration dans un marché local des hospitalisations est également la résultante de la réglementation et de la planification des activités des hôpitaux (point 255 de la Proposition de décision). Dans le cadre de son contrôle, l'autorité de concurrence ne s'interroge que sur les effets probables de la concentration concernée sur la dégradation de la dynamique concurrentielle.

48. Un facteur potentiel de risque pour la concurrence qui doit être évalué par l'autorité de concurrence dans le cadre d'un contrôle de concentration est la possible création par la concentration de contraintes supplémentaires sur la capacité des hôpitaux, ce qui compromettrait une concurrence effective à cause du manque d'alternatives aux hôpitaux concernés par la fusion.

Le Collège souligne cependant, comme l'auditeur l'a relevé, que toutes les zones de soins qu'elle a analysées sont situées dans la province du Hainaut, et que le nombre de lits disponibles par 100.000 habitants est élevé dans le Hainaut par rapport au reste de la Belgique (points 257, 291 et 304 de la Proposition de décision). La capacité disponible ainsi que l'observation d'un faible taux d'occupation indiquent l'existence d'alternatives pour les patients au niveau de la province et devraient conduire les acteurs à chercher à maximiser leur part de marché, donc à augmenter le pourcentage de patients qui les choisissent par une concurrence sur les paramètres de qualité des soins, dont le délai d'attente pour la prise de rendez-vous qui est un critère de choix des patients. La hausse de la part de marché des Parties leur permettrait de réduire leur surcapacité et de devenir ainsi plus efficientes.

Les Parties n'ont donc pas d'incitant à réduire leur capacité si cette réduction dégrade la qualité de leur offre, par l'augmentation des délais d'attente, au profit de leurs concurrents.

IV.5.1.a Zone de Mons

49. En ce qui concerne le marché géographique pertinent autour du site HAP-PHJ de Mons qui est affecté par la Concentration (supra, par. 41), l'auditeur relève que les patients de ce site fréquentent aussi trois autres hôpitaux dont la part de marché n'est pas négligeable (point 256 de la Proposition de décision) et que le nombre de lits par 100.000 habitants est élevé dans la Province du Hainaut (point 257 de la Proposition de décision). Cela permet à l'auditeur de confirmer que des alternatives existent aujourd'hui et à l'avenir pour les patients situés dans la zone de soins identifiée (point 258 de la Proposition de décision).

50. Pour ce même marché géographique, l'auditeur vise à identifier d'éventuels risques de dégradation de la qualité de l'offre après la réalisation de la fusion. A cet effet, l'auditeur analyse de façon dynamique l'évolution prévue après la concentration au niveau de la capacité des deux sites en termes de lits disponibles ainsi que le taux d'occupation, qui est le pourcentage de lits disponibles effectivement utilisés

par les patients (point 260 de la Proposition de décision). L'auditeur conclut de son analyse (aux points 262 à 265 de la Proposition de décision) que, compte tenu [redacted], la fusion n'est pas susceptible de créer une contrainte de capacité ni de générer des délais d'attente défavorables aux patients (point 266 de la Proposition de décision).

L'auditeur observe en effet que le projet des Parties à la fusion d'installer un nouveau site hospitalier mènera à une capacité d'accueil supérieure à leur capacité actuelle et qu'une offre et qualité de soins à tout le moins équivalentes pourraient être garanties à l'avenir (point 270 de la Proposition de décision). En outre, selon l'auditeur, les développements envisagés par des hôpitaux concurrents sont de nature à assurer et renforcer la concurrence dans la zone de soins pertinente et à garantir les incitations des Parties à la fusion à maintenir, voire développer, une offre de soins large et de qualité au bénéfice des patients (points 274 à 276 du Projet de décision).

51. En outre, en vue d'évaluer l'effet à plus long terme de la fusion sur la concurrence effective dans le marché géographique pertinent autour du site de Mons, l'auditeur a examiné si le transfert d'activités [redacted] (supra, point 35) était susceptible de dégrader la qualité de l'offre de soins, au détriment des patients actuels des deux sites existants des Parties dans le centre de Mons, par un allongement significatif de leur temps de trajet après la fusion (point 278 du Projet de décision).

[redacted]

52. Sur la base des constatations factuelles de l'auditeur, le Collège conclut que la Concentration n'est pas de nature à dégrader la qualité de l'offre de soins dans la zone de Mons.

53. Quoique la définition des marchés pertinents de produit, notamment selon des segmentations par lignes de service, ait été laissée ouverte (supra, par. 30 et 31), l'auditeur a analysé l'impact de la Concentration au niveau des lignes de service afin d'en évaluer l'effet au niveau le plus étroit possible (point 283 de la Proposition de décision).

Plusieurs lignes de service (pathologies cardiaques, gastroentérologie, psychiatrie) laissent apparaître des parts de marché supérieures à 50% dans la zone de soins de Mons (annexe 1 de la Proposition de décision). Il ressort toutefois de l'instruction que le risque de dégradation de la concurrence est faible du fait de la mobilité des patients et de l'existence de concurrents dans la province du Hainaut (point 288 de la Proposition de décision).

54. En conclusion, le Collège considère, à l'instar de l'auditeur, que la Concentration ne suscite pas de doutes sérieux quant à l'existence d'une entrave significative à la concurrence effective sur le marché des hospitalisations dans la zone de soins de Mons (point 289 de la Proposition de décision).

IV.5.1.b. Zone de Warquignies

55. Le Collège se rallie à la conclusion de l'analyse de l'auditeur que la Concentration n'est pas susceptible d'entraîner un manque de capacité des hôpitaux dans le marché géographique pertinent et surtout que cette capacité sera supérieure à celle qui aurait été observée dans le co[redacted] (point 292 de la Proposition de décision).

56. En outre, les patients résidant dans cette zone fréquentent non seulement les hôpitaux des Parties mais plusieurs autres établissements, en particulier le Centre Hospitalier EpiCURA (point 290 de la Proposition de décision).

57. Quant aux effets possibles de la concentration sur la base des lignes de services, des parts de marché supérieures à 50% sont observées pour certaines lignes, mais il s'agit généralement des mêmes types de lignes de services que celles examinées dans le cas de la zone de Mons. En d'autres termes, il n'y a pas d'éléments particuliers propres à soulever des doutes sérieux par rapport à la zone de Warquignies.

58. Le Collège suit la conclusion de l'auditeur qui considère que le projet de Concentration n'est pas de nature à soulever de doutes sérieux sur le marché local de Warquignies (points 296, 300 et 302 de la Proposition de décision).

IV.5.1.c. Zone de Jolimont

59. Le Collège suit la conclusion de l'auditeur qui considère que le projet de Concentration n'est pas de nature à soulever de doutes sérieux sur le marché local de Jolimont : Les patients résidant dans cette zone fréquentent non seulement les hôpitaux des Parties mais plusieurs autres établissements (point 303 de la Proposition de décision), le nombre important de lits disponibles par 100.000 habitants dans le Hainaut par rapport au reste de la Belgique est un argument pro-concurrentiel à l'instar de la conclusion pour les marchés locaux de Mons et de Warquignies (point 304 de la Proposition de décision) et les parts de marché cumulées des Parties dans la zone sont modérées (point 305 de la Proposition de décision).

IV. 5. 1. d. Conclusion

60. Le Collège souscrit à la conclusion de l'auditeur que, vu l'analyse concurrentielle décrite ci-dessus, la Concentration ne soulève pas de doutes sérieux d'une possible entrave significative à la concurrence effective par le biais d'effets non-coordonnés sur les marchés locaux affectés des hospitalisations pour les zones de soins de Mons, Warquignies et Jolimont.

IV.5.2 Impact de la concentration sur les suppléments d'honoraires et les suppléments de chambres

61. L'auditeur estime cette analyse nécessaire parce que les suppléments de chambre et d'honoraires sont des composantes tarifaires non régulées propres aux hospitalisations (point 307 de la Proposition de décision).

62. Le Collège rejoint la conclusion que l'auditeur tire de son analyse, en particulier de son étude de marché, qu'au regard du cadre réglementaire applicable - la marge de manœuvre actuelle des hôpitaux étant limitée depuis 2022 parce que la Commission paritaire nationale médecins-hôpitaux (« CPNMH ») a gelé les taux maximums de suppléments d'honoraires actuellement fixés par les hôpitaux (points 311 et 315 de la Proposition de décision) - de l' application par les Parties de ce cadre réglementaire et des résultats de l'instruction, il n'y a pas de risques sérieux d'augmentation significative des suppléments d'honoraires pratiqués par les Parties notifiantes post-Concentration (point 323 de la Proposition de

décision). L'auditeur conclut également de façon pertinente qu'il n'y a pas non plus de risques sérieux d'augmentation significative des suppléments de chambre au vu de la stabilité de ces suppléments entre 2019 et 2022, de leur faible proportion dans la facturation et les revenus des hôpitaux et de la contrainte résultant de l'existence de baromètres surveillant leur niveau de façon constante (points 323 et 324 de la Proposition de décision).

IV.5.3 Analyse de l'impact de la concentration sur les marchés locaux des soins ambulatoires spécialisés

63. Deux marchés locaux de soins ambulatoires spécialisés sont affectés par la Concentration, la zone de Mons et la zone de Warquignies (supra, par. 41).

64. L'analyse de l'auditeur pour la zone de Mons emporte la conviction du Collège : "*Les soins ambulatoires spécialisés offerts par les Parties n'entrent pas uniquement en concurrence avec ceux des autres hôpitaux généraux, mais aussi avec ceux de nombreux prestataires de soins, tels que les maisons de santé, cabinet de radiologies, ou cabinet médicaux privés. Ces autres acteurs constituent une réelle alternative pour les patients. Les parts de marché des soins ambulatoires spécialisés hors hôpitaux, en particulier, sont élevées et constituent dans la majorité des spécialités, la contrainte concurrentielle la plus importante. Les soins ambulatoires hors structures hospitalières exercent donc une contrainte concurrentielle significative pour les Parties à la Concentration*" (point 327 de la Proposition de décision pour Mons et point 340 pour Warquignies).

65. L'auditeur a particulièrement investigué les risques d'une hausse de prix sous la forme d'une augmentation de facturation des soins ambulatoires spécialisés à des honoraires non conventionnés au sein des hôpitaux des Parties, ce risque d'augmentation tarifaire n'existant pas pour les honoraires de prestations prodiguées lors d'une hospitalisation, qui eux sont soumis aux règles applicables pour les suppléments dans la réglementation générale de l'hôpital (supra, par. 62).

66. Bien que la décision de pratiquer des honoraires conventionnés ou non soit en principe du ressort du médecin, il ressort de l'instruction de l'auditeur que l'hôpital est en mesure de contraindre ce choix dans sa réglementation générale. L'auditeur pose donc la question de savoir si les Parties à la fusion auront l'incitation à autoriser une proportion plus élevée de prestations médicales à des tarifs non conventionnés suite à la Concentration (point 333 de la Proposition).

Au vu de l'instruction menée par l'auditeur et des politiques similaires des Parties quant aux honoraires non conventionnés, il est permis de conclure qu'une harmonisation de celles-ci suite à la concentration n'est pas susceptible d'entrainer des hausses significatives des honoraires non conventionnés (point 336 de la Proposition de décision pour Mons et point 341 de la Proposition de décision pour Warquignies).

67. En synthèse, le Collège conclut, à l'instar de l'auditeur, qu'au regard des éléments qui précèdent, la Concentration ne soulève pas de doutes sérieux d'une possible entrave significative à la concurrence effective par le biais d'effets non-coordonnés telles que d'éventuelles hausses de prix non-régulés, sur les marchés locaux affectés des soins ambulatoires spécialisés pour les zones de soins de Mons (point 339 de la Proposition de décision) et de Warquignies (point 343 de la Proposition de décision).

IV.5.4 Analyse de l'impact de la concentration sur le personnel soignant

68. Les hôpitaux sont également en concurrence pour attirer et retenir les soignants (point 344 de la Proposition de décision) vu la pénurie de personnel (points 350 et 356 à 358 de la Proposition de décision).

69. Concernant la pénurie de personnel, les acteurs interrogés dans le cadre de l'instruction de l'auditeur, en particulier les Parties et le SPF Santé Publique, ont souligné que les fusions d'hôpitaux, telles que la présente Concentration, sont de nature à pallier cette pénurie et à garantir une offre de soins existante en raison de l'intégration du personnel au sein de plus grandes équipes et, dans le cas présent, de nouveaux sites suite à la réorganisation des infrastructures. Les Parties citent comme exemple [redacted] (points 346 et 350 de la Proposition de décision).

70. Concernant la concurrence entre hôpitaux sur le marché du travail, vu que les acteurs considèrent que la concurrence salariale entre hôpitaux est limitée (point 353 de la Proposition de décision), l'auditeur a analysé si la fusion donnera lieu à un gain d'attractivité pour le personnel de l'entité fusionnée et donc à un avantage concurrentiel pour les Parties.

Le Collège fait sienne la conclusion de l'auditeur que l'objectif de la présente Concentration est de rendre les infrastructures et les conditions de travail plus attrayantes pour les médecins et le personnel soignant (point 356 de la Proposition de décision), que les avantages issus de la concentration pour le personnel des Parties et pour les Parties sont confirmés par l'instruction (point 357 de la Proposition de décision), sans cependant que ces avantages issus de la Concentration ne soient susceptibles de limiter indûment la mobilité du personnel des Parties et l'accès à celui-ci pour les concurrents puisqu'en l'absence de clauses contractuelles exclusives, la mobilité du personnel n'est pas limitée juridiquement (point 357 de la Proposition de décision).

71. Le Collège conclut, à l'instar de l'auditeur, que la Concentration n'est pas nature à susciter des doutes sérieux de dégradation des conditions de travail du personnel soignant (point 358 de la Proposition de décision).

72. Le Collège précise, pour être complet, qu'il souscrit également à la conclusion de l'auditeur qu'il n'existe pas de doutes sérieux d'une possible dégradation des rétributions des médecins à la suite de la concentration en raison de différents éléments dont, d'une part, la volonté des Parties d'attirer et/ou de conserver les médecins en période de pénurie et, d'autre part, l'existence d'un « standstill » depuis 2022 des rétrocessions prévues par la même Commission paritaire nationale des médecins hospitaliers que pour le gel des suppléments d'honoraires (supra, par. 62).

IV.6 Conclusion du Collège sur les effets de la Concentration

73. Le Collège conclut, sur la base de l'analyse par l'auditeur des effets de la fusion sur la situation concurrentielle que, tant pour les marchés locaux des hospitalisations affectés que pour les marchés locaux des soins ambulatoires spécialisés affectés, en ce compris les aspects transversaux concernant les suppléments d'honoraires, les suppléments de chambre et l'impact sur le personnel soignant, il n'existe pas de doutes sérieux que le projet de Concentration puisse être de nature à entraver de manière significative une concurrence effective dans le marché belge ou une partie substantielle de celui-ci au sens de l'article IV.9, § 3 du CDE (Point 378 de la Proposition de décision).

Par ces motifs,

Le Collège de la concurrence,

1. Constate par application de l'article IV.66, §1, 2° CDE que la fusion entre le Pôle Hospitalier Jolimont ASBL et le Centre Hospitalier Universitaire et Psychiatrique de Mons Borinage SCRL, notifiée à l'Autorité belge de la concurrence et enregistrée sous le n° CONC-C/C-23/0018, entre dans le champ d'application des règles du livre IV CDE relatives au contrôle des concentrations.
2. Décide par application de l'article IV.66, §2, 1° CDE qu'il n'y a pas de doutes sérieux à propos de l'admissibilité de la Concentration.

Ainsi décidé par le Collège de la concurrence composé de Monsieur Christian Huveneers, assesseur de l'Autorité belge de la concurrence et Président du Collège de la concurrence, et de Madame Elisabeth de Ghellinck et Monsieur Gregoire Ryelandt, assesseurs au sein de l'Autorité belge de la concurrence, en date du 21 décembre 2023.

Christian Huveneers,
Président du Collège