

CONSEIL D'ÉTAT, SECTION DU CONTENTIEUX ADMINISTRATIF.

VI^e CHAMBRE

A R R Ê T

n^o 245.967 du 31 octobre 2019

A. 220.700/VI-20.900

En cause : **Intercommunale de soins spécialisés de Liège (Isosl),
Cliniques de soins spécialisés VALDOR-PERI,**
ayant élu domicile chez
M^{es} Judith et Manuel MERODIO, avocats,
boulevard Émile de Laveleye 64
4020 Bruxelles,

contre :

L'État belge, représenté par
le Ministre de la Santé publique,
ayant élu domicile chez
M^{es} Emmanuel JACUBOWITZ et Anthony POPPE, avocats,
avenue Tedesco 7
1160 Bruxelles.

I. Objet de la requête

Par une requête introduite le 10 novembre 2016, l'Intercommunale de soins spécialisés de Liège (Isosl), Cliniques de soins spécialisés VALDOR-PERI demande l'annulation de "l'arrêté royal du 6 septembre 2016 modifiant l'Arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux".

II. Procédure

Le Conseil d'État a demandé le 30 novembre 2016 la publication au Moniteur belge du présent recours en application de l'article 3^{quater} du règlement général de procédure.

Le dossier administratif a été déposé.

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

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

Le rapport a été notifié aux parties.

Les parties ont déposé un dernier mémoire.

Par une ordonnance du 29 juillet 2019, l'affaire a été fixée à l'audience du 18 septembre 2019.

M. David DE ROY, conseiller d'État, a exposé son rapport.

M^e Louise LAPERCHÉ, *loco* M^{es} Judith et Manuel MERODIO, avocat, comparaissant pour la partie requérante, et M^e Clémentine CAILLET, *loco* M^{es} Emmanuel JACUBOWITZ et Anthony POPPE, avocat, comparaissant pour la partie adverse, ont été entendus en leurs observations.

M^{me} Élisabeth WILLEMART, premier auditeur au Conseil d'État, a été entendue en son avis contraire.

Il est fait application des dispositions relatives à l'emploi des langues, inscrites au titre VI, chapitre II, des lois sur le Conseil d'État, coordonnées le 12 janvier 1973.

III. Exposé des faits utiles

1. Il ressort de ses statuts et de la requête que la requérante est une intercommunale gestionnaire de 3 hôpitaux dont l'hôpital "Les Cliniques de soins spécialisés VALDOR-PERI". Cet hôpital dispose de lits d'indice G (159 lits), Sp (267 lits) et T (60 lits).

Il convient de préciser que, selon l'arrêté royal du 23 octobre 1964 portant fixation des normes auxquelles les hôpitaux et leurs services doivent répondre, les lits G, A, T, K et Sp relèvent des services suivants :

- G : service de gériatrie ;
- K : service de neuro-psychiatrie infantile ;
- A : service neuro-psychiatrique d'observation et de traitement ;
- T : service neuro-psychiatrique de traitement ;

- Sp : Service spécialisé pour le traitement et la réadaptation fonctionnelle (suivi de la mention de la spécialité concernée).

C'est en raison de cette configuration que la requérante – selon ce qu'elle soutient dans ses écrits de procédure – entre dans le champ d'application du paragraphe 2 de l'article 61 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux (tel que modifié par l'article 2 de l'arrêté royal du 6 septembre 2016 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux), et non dans celui du paragraphe 1^{er} de ce même article (également modifié par l'article 2 de l'arrêté royal du 6 septembre 2016 précité), ce qui implique qu'elle ne disposera pas du même financement que les hôpitaux relevant de ce paragraphe 1^{er}.

2. Le 9 mars 2016, la partie adverse a demandé l'avis de la section financement du Conseil National des Etablissements Hospitaliers à propos d'une modification de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, en vue de la fixation du budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2016, et de l'intégration d'un accélérateur afin de permettre la mise en œuvre du "Dossier patient informatisé" (ci-après désigné D.P.I.) dans les hôpitaux. Les pièces 1 et 1bis du dossier administratif de la présente procédure rendent compte de cette demande. S'agissant de la pièce 1, elle se lit comme suit, à tout le moins pour ce qui concerne les moyens financiers destinés au D.P.I.:

" Bijkomend budget ICT

Aan een groep van vertegenwoordigers uit de ziekenhuissector, in overleg met medewerkers van de administratie, heb ik gevraagd om criteria uit te werken voor de verdeling van het extrabudget van 40,2 miljoen € (samen met het huidige budget van 16,4 miljoen €) om de invoering van het elektronisch patiëntendossier in de ziekenhuizen te ondersteunen.

Het voorstel, dat in voorbereiding is, zal op de plenaire vergadering van de afdeling financiering worden toegelicht.

Kan de sectie Financiering mij vervolgens haar advies over deze materie meedelen?".

La pièce 1bis se présente comme suit:

"

Betreft: Wijziging van het koninklijk besluit van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen op 1 juli 2016, in het kader van de uitwerking van een accelerator voor de invoering van een geïntegreerd Elektronisch Patiëntendossier in de ziekenhuizen

Geachte voorzitter,

In het kader van actiepunt 2 van de Roadmap 2.0 van het e-gezondheidsplan werd er beslist een “acceleratorprogramma” op te starten met als doel dat alle ziekenhuizen een geïntegreerd Elektronisch PatiëntenDossier (EPD) op termijn in productie hebben en het effectief gebruiken. Hiertoe wordt er beslist om de 16,2 miljoen euro voor het informatica-forfait (momenteel deels geregeld door artikel 55 en 63, §3 van het KB van 25 april 2002) en de nieuwe enveloppe in B4 met een bedrag van 40,2 miljoen euro, samen te voegen ter ondersteuning van dit acceleratorprogramma (totaal: 56,4 miljoen euro). Met behulp van dit budget wensen we de ziekenhuis-IT-systemen gefaseerd op een ambitieuze, maar realistische, wijze te laten evolueren naar een volledig geïntegreerd EPD dat Clinical Decision Support ondersteunt, continue kwaliteitsverbetering ondersteunt, alsook de uitwisseling van gegevens zowel intern als extern zo gestructureerd mogelijk beheert.

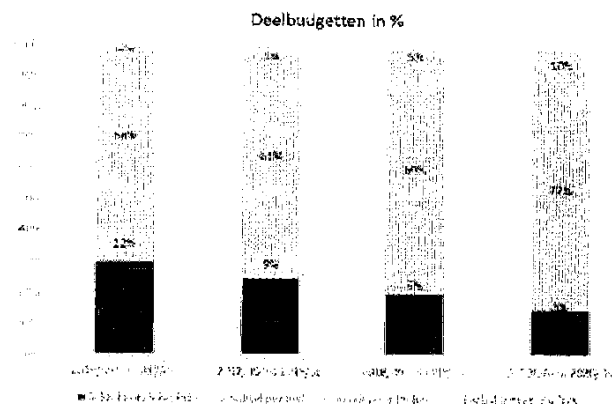
Samen met de ziekenhuissector werd er een stappenplan uitgewerkt om gefaseerd tot een volledig geïntegreerd EPD te komen. Dit model werd het ‘Belgische Meaningful Use Model’ genoemd. Het model beschrijft een aantal functionaliteiten die geïntegreerd aanwezig dienen te zijn in het ziekenhuis. Het beschikken over deze functionaliteiten impliceert het bestaan van een geïntegreerd EPD.

De uitrol van deze functionaliteiten wordt gespreid in de tijd. Momenteel werden er 4 stappen gedefinieerd om alle (core) functionaliteiten ziekenhuisbreed te implementeren. In het huidige stappenplan wordt er voorzien dat vanaf juli 2019 het halen van de functionaliteiten zoals in stap 1 omschreven een voorwaarde wordt voor het bekomen van een ‘volledige’ accelerator-financiering. Het is een evolutief model dat afhankelijk van de maatschappelijke ontwikkelingen periodiek bijgesteld kan worden. Meer informatie hieromtrent kan ook teruggevonden worden in het document “Belgian Meaningful Use Criteria” in bijlage. Onderaan dit schrijven kan u reeds een overzicht vinden van de gedefinieerde core functionaliteiten en hun respectievelijke criteria per stap.

Rekening houdend met de huidige financiële middelen die de ziekenhuizen ontvangen voor de ontwikkeling van het elektronisch patiëntendossier (artikel 55 § 2, 1° en artikel 63 § 3) stellen we voor om een minimale financiering te blijven verzekeren (sokkel), maar daarbovenop een bijkomende stimulans te geven die het proces dient te accelereren (accelerator) alsook een stimulans om te blijven innoveren (early adopter).

Daarom stellen we voor om vanaf 1/7/2016 het bedrag van 56 miljoen euro dat werd toegekend op te splitsen in een aantal deelbudgetten. Eerst maken we een verdeling tussen de algemene en de psychiatrische ziekenhuizen. We respecteren hierbij de huidige verdeling van het BFM tussen de algemene ziekenhuizen en de psychiatrische ziekenhuizen hetgeen overeenstemt met een verdeelsleutel van 84% voor de algemene ziekenhuizen en 16% voor de psychiatrische ziekenhuizen. Deze budgetten delen we verder op in een aantal deelbudgetten, namelijk het budget ‘sokkel’, het budget ‘accelerator’ en het budget ‘early adopter’.

Hieronder kan u een overzicht vinden van de verdeling van de deelbudgetten voor de komende 4 periodes.



Euros Algemene Ziekenhuizen	2015/07 tot 2017/06	2017/07 tot 2018/06	2018/07 tot 2019/06	2019/07 tot 2020/06
Sokkel per Ziekenhuis	€ 11.854.080	€ 9.878.400	€ 7.902.720	€ 5.927.040
Sokkel per Bed	€ 5.767.608	€ 4.325.706	€ 2.883.804	€ 1.441.902
Acceleratorbudget	€ 29.418.312	€ 30.860.214	€ 34.277.796	€ 35.719.698
Early Adopters Budget	€ 0	€ 1.975.680	€ 1.975.680	€ 3.951.360
Totaal	€ 47.040.000	€ 47.040.000	€ 47.040.000	€ 47.040.000

Verdeling budget algemene ziekenhuizen

Euros Psychiatrische Ziekenhuizen	2015/07 tot 2017/06	2017/07 tot 2018/06	2018/07 tot 2019/06	2019/07 tot 2020/06
Sokkel per Ziekenhuis	€ 430.080	€ 358.400	€ 286.720	€ 215.040
Sokkel per Bed	€ 1.098.592	€ 823.944	€ 549.296	€ 274.648
Acceleratorbudget	€ 7.431.328	€ 7.065.976	€ 8.052.304	€ 8.326.952
Early Adopters Budget	€ 0	€ 71.680	€ 71.680	€ 143.360
Totaal	€ 8.960.000	€ 8.960.000	€ 8.960.000	€ 8.960.000

Verdeling budget psychiatrische ziekenhuizen

SOKKEL

Een eerste deelbudget, 'de sokkel' genoemd, bestaat uit 2 delen, een deel A dat een vast budget toekent aan ieder ziekenhuis en een deel B dat een vast budget toekent per verantwoord¹ bed. Dit om zowel de

vaste IT kosten van een ziekenhuis, als de variabele IT kosten van een ziekenhuis te dekken. De modaliteiten om aanspraak te maken op deze sokkel koppelen we aan de voorwaarden voorzien in de KB's van 14 december 1987 (financiële en statistische gegevens) en van 27 april 2007 (MZG) zoals reeds voorzien in Artikel 55. Om de ziekenhuizen te motiveren om snel in te stappen in het acceleratorprogramma laten we het bedrag van de sokkel degressief evolueren in de tijd.

Vanaf 1/7/2016:	Bedraagt het beschikbare bedrag voor deel A van de sokkel 30% van het totale voorziene budget. Voor deel B van de sokkel bedraagt het beschikbare budget 12% van het totale beschikbare budget.
Vanaf 1/7/2017:	Bedraagt het beschikbare bedrag voor deel A van de sokkel 25% van het totale voorziene budget. Voor deel B van de sokkel bedraagt het beschikbare budget 9% van het totale beschikbare budget.
Vanaf 1/7/2018:	Bedraagt het beschikbare bedrag voor deel A van de sokkel 20% van het totale voorziene budget. Voor deel B van de sokkel bedraagt het beschikbare budget 6% van het totale beschikbare budget.
Vanaf 1/7/2019:	Bedraagt het beschikbare bedrag voor deel A van de sokkel 15% van het totale voorziene budget. Voor deel B van de sokkel bedraagt het beschikbare budget 3% van het totale beschikbare budget.

¹ Voor de afdelingen waar geen verantwoorde bedden worden berekend, nemen we het aantal erkende bedden. Voor het aantal verantwoorde bedden gebruiken we de laatst gekende gegevens op het moment van de financiering.

ACCELERATOR

Een tweede deelbudget, het 'acceleratorbudget' genoemd, bestaat uit het deel van het totale voorziene budget van 56 miljoen min het eerste deelbudget en min het derde deelbudget. Het betreft een gesloten enveloppe die over de ziekenhuizen wordt verdeeld volgens een puntensysteem. Een ziekenhuis dat aan de vooraf gedefinieerde voorwaarden voldoet krijgt 1 punt per verantwoord bed. De waarde van een punt wordt berekend als volgt

$$\text{Totale Acceleratorbudget (A)} / \text{Totaal aantal toegekende punten (TP)} = \text{Waarde per punt (P)}$$

De voorwaarden voor het acceleratorbudget zijn als volgt:

- Vanaf 1/7/2016: Indienen van een Plan van Aanpak voor het effectief gebruik van een geïntegreerd EPD tegen 1/7/2018.
- Vanaf 1/7/2017: Het ziekenhuis heeft een contract met een softwareleverancier gesloten voor de implementatie van een geïntegreerd EPD
- Vanaf 1/7/2018: Het ziekenhuis heeft een implementatiedatum voor een geïntegreerd EPD en een stappenplan vastgelegd voor het halen van de opgelegde "functionaliteiten die worden omschreven in het "Belgian Meaningful Use Model"
- Vanaf 1/7/2019: Het ziekenhuis heeft STAP 1 van het "Belgian Meaningful Use Model" gehaald.

Indien achteraf blijkt dat er niet voldaan is aan de opgelegde voorwaarde(n), volgt er een recuperatie van dit acceleratorbudget in de volgende BFM afrekening (i.e. de initiële toekenning moet gezien worden als een voorschot). De concrete modaliteiten en timing van deze mogelijke recuperatie dienen nog verder technisch uitgewerkt te worden.

EARLY ADOPTER

Een derde deelbudget, de enveloppe 'early adopter', bestaat uit een evolutief percentage van het totale voorziene budget van 56 miljoen euro. Deze gesloten enveloppe dient om de ziekenhuizen te belonen die eerder zullen voldoen aan de beschreven functionaliteiten in het "Belgian Meaningful Use Model". Deze gesloten enveloppen wordt verdeeld onder de ziekenhuizen die aan de opgelegde voorwaarden voldoen op basis van een puntensysteem per verantwoord bed.

- Vanaf 1/7/2016: Is het percentage voor het early adopters budget 0% van het totale voorziene budget, er worden geen voorwaarden opgelegd.
- Vanaf 1/7/2017: Is het percentage voor het early adopters budget 5% van het totale voorziene budget. De voorwaarde om aanspraak te maken op dit budget is het halen van STAP 1 of verder van het "Belgian Meaningful Use Model".
- Vanaf 1/7/2018: Is het percentage voor het early adopters budget 5% van het totale voorziene budget. De voorwaarde om aanspraak te maken op dit budget is het halen van STAP 1 of verder van het "Belgian Meaningful Use Model".
- Vanaf 1/7/2019: Is het percentage voor het early adopters budget 10% van het totale voorziene budget. De voorwaarde om aanspraak te maken op dit budget is het halen van STAP 2 of verder van het "Belgian Meaningful Use Model".
(Vanaf 1 juli 2019 hebben ziekenhuizen die enkel STAP1 realiseren dus geen recht meer op een deel 'early adopter' budget.)

Nota Bene: Het voorliggende financieringsmechanisme geldt niet voor de ziekenhuizen die exclusief onder de bevoegdheid van de deelstaten vallen.

Graag had ik van de Nationale Raad voor Ziekenhuisvoorzieningen advies verkregen tegen ten laatste 15 april 2016.

Ik bedank u reeds voor dit advies en groet u met de meeste hoogachting,

"

3. Faisant suite à la demande qui lui avait ainsi été adressée le 9 mars 2016, la section de financement du Conseil national des établissements hospitaliers a rendu deux avis les 14 avril et 12 mai 2016.

L'extrait de l'avis du 14 avril 2016 relatif au financement du D.P.I. se lit comme suit:

"

Budget supplémentaire ICT

La Section a pris connaissance des modalités proposées concernant l'intégration d'un accélérateur afin de permettre la mise en œuvre du Dossier Patient électronique Intégré dans les hôpitaux.

Les membres souhaitent faire part de leur soutien au projet proposé.

Toutefois, en ce qui concerne les modalités d'application, les remarques suivantes sont émises :

- En ce qui concerne la clé de répartition du budget de 56 millions entre hôpitaux psychiatriques (16 %) et hôpitaux généraux (84%), des membres demandent que cette clé puisse être objectivée et de définir également de manière claire à quelle catégorie et selon quelles modalités seront traités les hôpitaux qui ne disposent que de services G/Sp et A/T (aussi nommés « hôpitaux hybrides »).
- En ce qui concerne la répartition du montant de base, la Section souhaite attirer l'attention sur le fait que les montants proposés semblent comporter des erreurs et souligne le faible montant repris pour les hôpitaux psychiatriques. La clé des lits justifiés pourraient être remplacée par celle des lits agréés et par indice afin de ne pas créer de discrimination par exemple entre le financement de lits A/K selon qu'ils sont agréés en hôpital général ou en hôpital psychiatrique.
- En ce qui concerne le budget de 40 millions prévus, les membres demandent que celui-ci soit liquidé entièrement en 2016.

Les modalités en vigueur pour les 16 millions doivent être maintenues pour la période du 1^{er} janvier 2016 au 30 juin 2016 et les 40 +16 millions doivent être liquidés entièrement en 2016, selon les modalités prévues, à tous les hôpitaux en partant du principe que tous les hôpitaux répondront aux critères définis.

Il faut éviter à tout prix d'insérer des modalités liées à des contrats car cela représente une surcharge de travail inutile, les modalités doivent donc être inscrites dans l'AR de financement.

Il faut également éviter de définir des modalités de révisions qui ne pourront être effectives que bien des années plus tard. S'il s'avère que les conditions à remplir pour bénéficier du financement concerné ne sont pas satisfaites, le financement accordé sera récupéré pour les hôpitaux concernés dans le budget des moyens financiers suivant.

- En ce qui concerne le contrôle, les membres insistent pour que celui-ci soit le plus objectif et le plus transparent possible.
- Il faut craindre, compte tenu des modalités de financement proposées, que les petits hôpitaux ne disposeront sans doute jamais des moyens suffisants leur permettant d'atteindre les objectifs définis dans les délais prescrits.

Un groupe de travail spécifique se réunira prochainement et des propositions et recommandations seront faites rapidement de manière complémentaire à cet avis.

L'avis du 12 mai 2016 se présente comme suit:

"

Avis de la Section financement du Conseil National des Etablissements Hospitaliers du 12 mai 2016 relatif à la demande d'avis de Madame la Ministre du 9 mars 2016 concernant spécifiquement l'intégration d'un accélérateur afin de permettre la mise en œuvre du dossier patient électronique intégré dans les hôpitaux.

Avis complémentaire à celui rendu par la Section financement du Conseil National des Etablissements Hospitaliers le 14 avril 2016.

Madame la Ministre trouvera ci-dessous l'avis de la Section financement complémentaire à celui émis en date du 14 avril 2016 relatif à l'intégration d'un accélérateur afin de permettre la mise en œuvre du dossier patient électronique intégré dans les hôpitaux.

En ce qui concerne la répartition du budget national disponible (56,4 millions euros) entre les hôpitaux généraux et les autres hôpitaux, la Section financement est d'avis qu'il y a lieu d'objectiver les besoins de chaque catégorie d'hôpitaux afin de déterminer la part du budget national disponible qui doit être attribuée à chacune de ces deux catégories d'hôpitaux en fonction de leurs nécessités. Dans la mesure où, dans la scission du budget global entre hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques, les centres hospitaliers spécialisés (les hôpitaux qui ne disposent que de services G/Sp et A/T) sont repris avec les hôpitaux généraux, ces hôpitaux doivent également être repris, pour la répartition du budget national disponible des 56,4 millions euros dans la catégorie des hôpitaux généraux afin de ne pas grever la partie du budget national disponible qui doit être attribuée aux hôpitaux psychiatriques. Compte tenu des fonctionnalités indispensables à prévoir dans le DPE des centres hospitaliers spécialisés, les modalités de financement prévues pour les hôpitaux généraux doivent également leur être appliquées.

La Section financement est d'avis que, lorsqu'il s'agit de répartir une partie du budget concerné sur base des lits, il faut effectivement retenir les lits justifiés (pour les services pour lesquels il n'y a pas de calcul de lits justifiés, il est tenu compte des lits agréés), en assimilant aux lits justifiés les places d'hospitalisation de jour chirurgicale justifiées.

En ce qui concerne l'octroi du budget des 40,2 millions euros, dans la mesure où ce budget complémentaire a été accordé pour l'ensemble de l'année 2016, la Section financement est d'avis d'accorder ce montant pour le 1^{er} semestre 2016 à tous les hôpitaux via des contrats (à conclure pour le 1^{er} semestre 2016) en appliquant pour le calcul de ce montant les mêmes dispositions que celles d'application à partir du 1^{er} juillet 2016.

En ce qui concerne les modalités d'application, de révision et de correction, la Section financement souhaite formuler les remarques suivantes :

- En regard de la situation actuelle et des objectifs annoncés à l'horizon juillet 2019, des réserves sont formulées par le secteur, particulièrement en ce qui concerne le niveau d'intégration demandé à terme, les conditions d'implémentation (définition des fonctionnalités, exigences contractuelles avec les fournisseurs,...), le timing ambitieux et le financement proposé en regard des coûts réels attendus/constatés. Afin d'en tenir compte, différentes précisions et une flexibilité particulière sont donc demandées, dans le meilleur intérêt des hôpitaux, acteurs centraux du développement d'un DPE intégré. A

cette fin, une réévaluation des délais pour le BMF de juillet 2017 serait souhaitable afin de tenir compte des démarches et de l'état d'avancement des institutions, ainsi que d'éventuels freins externes à la mise en place du DPE intégré (disponibilité de l'offre sur le marché, délais de développement et coût des solutions disponibles,...).

- Pour que les institutions s'engagent pleinement dans le programme accélérateur, ce qui est souhaitable, il est indispensable de signaler précisément ce que doit recouvrir la notion d'intégration, et ce aux différents stades de son développement. Dans le modèle actuellement proposé, l'intégration s'entend comme l'atteinte des pourcentages proposés pour les 15 fonctionnalités de base (10 fonctionnalités communes pour les hôpitaux généraux et psychiatriques, 5 fonctionnalités spécifiques pour les hôpitaux psychiatriques et 5 fonctionnalités pour les hôpitaux généraux). Cela étant les exigences demandées à terme ne sont pas explicitées. A partir de 2019, l'atteinte de l'étape 1 du modèle est indispensable pour obtenir le budget accélérateur, or certaines fonctionnalités ne sont pas encore décrites au moment où les institutions doivent réfléchir à l'implémentation pratique de ce modèle. Par ailleurs, dans la définition de ce qui sera attendu d'un DPI pour être considéré comme « intégré », il faut notamment permettre aux institutions d'utiliser différents logiciels interconnectés pour répondre aux fonctionnalités demandées et, pour ce faire, de s'engager si nécessaire avec différents fournisseurs informatiques. De nombreuses institutions ont déjà fait ce choix avant le lancement du programme

accélérateur, impliquant des investissements conséquents à amortir sur plusieurs années. Dans le cas contraire, il existe un risque réel d'aboutir à une situation de quasi-monopole sur le marché des fournisseurs, domestiques ou étrangers, avec la crainte légitime d'un impact à la hausse des coûts de développement déjà conséquents.

La section « financement » mettra sur pied un groupe de travail, (élargi à des membres de l'administration du SPF « Santé publique, d'experts fournisseurs en logiciels informatiques...) afin de suivre ces modalités dont il est question plus haut.

A côté des précisions, de la flexibilité et de la réévaluation des délais demandées, la Section financement plaide également pour qu'au terme des contrôles à effectuer en fonction du timing défini, le budget éventuel à récupérer soit déterminé non pas sur la base d'un système « tout ou rien » mais au prorata des objectifs qui n'auront pas été atteints à la date requise.

La Section financement constate que de nouveaux pourcentages de répartition des budgets entre les 4 postes (socle par hôpital, socle par lit, accélérateur, early adopter) sont proposés dans une nouvelle annexe qui lui a été soumise le 15 avril 2016, par rapport à la proposition inscrite dans la demande d'avis de la Ministre du 9 mars 2016.

Cette nouvelle répartition consiste notamment à :

- réduire le socle par hôpital ;
- augmenter le socle par lit ;
- augmenter encore la part « early adopter » à partir de la 3^{ème} année.

Elle attire l'attention de la Ministre sur le fait que cette nouvelle répartition tend, d'une part, à déforcer encore les hôpitaux de plus petite taille (à propos desquels la Section financement mettait déjà en garde la Ministre dans son avis du 14 avril 2016, à l'examen de la version précédente), et d'autre part, à réserver une part plus importante du budget à un nombre restreint d'hôpitaux « early adopter ». La Section financement considère qu'il serait préférable d'en rester aux pourcentages précédents.

En outre, afin de ne pas négliger la part importante des coûts fixes dans le développement, il importe également d'octroyer une partie (importante et croissante) du budget accélérateur, par hôpital et non par lit (afin de compenser la réduction progressive de la partie fixe du socle par hôpital) pour les hôpitaux qui s'inscrivent dans le développement. En particulier, un hôpital de taille plus petite qui répondrait à tous les critères ne doit pas voir son budget arbitrairement réduit au fil des années (les coûts fixes restant importants).

Elle demande également que les budgets « early adopters » récupérés le cas échéant auprès des hôpitaux qui n'en respectent plus les conditions soient redistribués entre tous les hôpitaux.

Enfin, pour ce qui concerne la vérification des critères 2016, la Section Financement demande, compte tenu des délais, d'octroyer d'office et sans récupération ultérieure, les différents financements 2016, dès lors que l'hôpital renvoie le questionnaire complété, et ce quel que soit le degré d'avancement de la réflexion interne vers le DPI intégré. Le vaste Plan mis en œuvre et sa priorité sont désormais clairement perçus par les hôpitaux et cette souplesse à court terme permettra aux retardataires éventuels d'y accorder toute l'attention nécessaire pour les mois et semestres à venir.

4. Saisie, le 8 juin 2016, d'une demande d'avis sur un "Projet d'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du

budget des moyens financiers des hôpitaux au 1^{er} juillet 2016", l'Inspection des finances a marqué son accord, sans formuler d'observation particulière. La demande d'avis contenant les précisions suivantes, relatives aux articles 2 et 4 du projet:

- " Article 2: insertion d'un nouvel article 61 qui met en œuvre le dossier patient électronique.
Le budget total est l'addition des budgets suivants:
- 40.200.000 euros pour ICT.
→ décision du conclave budgétaire
 - 16.112.525 euros qui était le budget octroyé en sous-partie 1 diminué de la part relative aux hôpitaux isolés devenus de compétence de la Région flamande:
 - 85 % se trouvait dans l'article 55 (voir article 1^{er} ci-dessous [sic]);
 - 10 % se trouvait dans l'article 63, § 3, 1^o (voir article 3 ci-dessous);
 - et 5 % se trouvait dans l'article 63, § 3, 2^o (voir article 3 ci-dessous).
- aucun impact budgétaire"
- " Article 4: création d'une nouvelle annexe 19 définissant les Critères Meaningful use belges, liés au dossier patient informatisé.
→ aucun impact budgétaire".

5. La ministre du Budget de la partie adverse a également marqué son accord le 7 juillet 2016 sur un projet d'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002, précité, ainsi qu'en témoigne un courrier identifié comme étant la pièce 5 du dossier administratif, laquelle se présente comme suit:

"

BETREFT: FOD Sociale Zekerheid: RIZIV

Ontwerp van K.B. tot wijziging van het K.B. van 25 april 2002 betreffende de vaststelling en de vereffening van het budget van financiële middelen van de ziekenhuizen

Waarde collega,

Overeenkomstig artikel 5 van het KB van 16 november 1994 betreffende de administratieve en begrotingscontrole, heb ik de eer u mee te delen dat ik hierover mijn akkoord kan verlenen, gelet op de uitgangspunten vermeld in de door U voorgelegde nota:

- de artikelen 1 tot en met 4 van het ontwerp hebben geen budgettaire impact;
- artikel 5 van het ontwerp heeft een minderausgave tot gevolg van 24,415 miljoen euro en kadert in de beslissingen genomen door de Ministerraad van 22 april 2016 betreffende de globale begrotingsdoelstellingen van de verstrekkingen voor geneeskundige verzorging.

Ik wens U goede ontvangst van deze brief.

".

6. Le 10 août 2016, la section de législation du Conseil d'État a rendu son avis sur un "projet d'arrêté royal modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux", devenu l'arrêté royal du 6 septembre 2016 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

7. L'arrêté royal du 6 septembre 2016 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, qui a été publié au *Moniteur belge* du 12 septembre 2016, constitue l'acte dont la requérante poursuit l'annulation.

En ce qui concerne le financement du D.P.I., l'article 61 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 tel que modifié par l'article 2 de l'arrêté attaqué énonce que :

" En vue de la réalisation du dossier patient informatisé dans les hôpitaux, prévu par le point d'action 2 de la Feuille de route 2.0 du Plan e-Santé, dont le contenu est défini dans le «Belgian Meaningful Use Criteria» (BMUC) repris en annexe 19, un financement forfaitaire est prévu selon les conditions énoncées dans les paragraphes suivants.

§ 1^{er}. Pour les hôpitaux non psychiatriques, à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K, une enveloppe de 47.302.521 euros (valeur 1^{er} janvier 2016) est répartie sous forme de forfaits dont les modalités de calcul sont définies ci-dessous. [...].

§ 2. Pour les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés Sp soins palliatifs et les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K, une enveloppe de 9.010.004 euros (valeur 1^{er} janvier 2016) est répartie sous forme de forfaits dont les modalités de calcul sont définies ci-dessous.

Les modalités de répartition des budgets au 1^{er} juillet 2016, 1^{er} juillet 2017, 1^{er} juillet 2018 et à partir du 1^{er} juillet 2019 sont identiques à celles prévues dans le § 1^{er}, 1^o à 4^o. [...]."

IV. Délimitation de l'objet du recours et recevabilité

IV.1. Thèses des parties

A. Mémoire en réponse

La partie adverse expose, tout d'abord, que la requérante critique uniquement les dispositions de l'arrêté royal du 6 septembre 2016 concernant le DPI et que, plus précisément, seul l'article 2 de l'arrêté royal du 6 septembre 2016 rétablissant

un article 61 dans l'arrêté royal du 25 avril 2002 fait l'objet d'une critique de sa part. Elle en déduit que l'objet du recours est limité à l'article 2 de l'arrêté royal du 6 septembre 2016.

Elle explique ensuite que la requérante critique uniquement l'article 2 de l'arrêté royal attaqué, en ce que cet article prévoit un financement moindre du DPI pour les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous l'indice A, T ou K que celui prévu pour les hôpitaux non psychiatriques, à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K puisqu'elle estime qu'en tant qu'hôpital disposant uniquement de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K, elle devrait bénéficier du financement du DPI prévu au paragraphe 1^{er} de l'article 61 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 et non, comme la réglementation le prévoit actuellement, du financement prévu au paragraphe 2 de cet article. Elle en déduit que la requérante poursuit l'annulation partielle de l'article 61 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 tel qu'inséré par l'article 2 de l'arrêté attaqué et souligne que le Conseil d'État ne pourrait se prononcer sur une telle demande d'annulation partielle sans modifier substantiellement la portée de cet article et dès lors sans réformer l'acte attaqué, ce qu'il ne peut faire et ce d'autant plus qu'une telle annulation partielle pourrait emporter un jugement d'opportunité différent de celui porté sur cet article dans son intégralité. Elle estime donc que si le recours de la requérante doit bien être interprété comme demandant l'annulation partielle de l'article 61 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 tel qu'inséré par l'article 2 de l'arrêté royal attaqué, le Conseil d'État est sans compétence pour en connaître.

Si le Conseil d'État devait estimer que le recours tend à l'annulation de l'article 61 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 tel qu'inséré par l'article 2 de l'arrêté royal attaqué dans son ensemble, la partie adverse soutient que la requérante n'a pas intérêt à en demander l'annulation, car en cas d'annulation, elle ne se verrait pas octroyer un financement plus important du DPI (comme elle semble le penser), mais pas de financement en vue de la mise en œuvre d'un DPI du tout puisqu'il n'existera plus de base réglementaire permettant l'octroi de ce financement, ce qui implique que les éventuelles avances versées à la requérante (ainsi qu'aux autres hôpitaux concernés) dans l'attente d'une décision définitive concernant leur BMF devront être remboursées.

B. Mémoire en réplique

La requérante explique qu'elle critique l'acte attaqué et, spécialement, l'article 2 de l'arrêté attaqué (et l'article 4) en ce qu'il traite différemment deux catégories d'hôpitaux généraux :

- les autres hôpitaux généraux à l'exclusion de ceux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K;
- les hôpitaux généraux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K;

Elle explique qu'elle appartient à la seconde catégorie qui se voit octroyer un financement moindre que la première en ce qui concerne la mise en place du DPI et qu'elle est donc traitée de manière inégale, sans justification objective tandis que la mesure n'apparaît poursuivre aucun but légitime (et est, *a fortiori*, disproportionnée par rapport au but poursuivi).

Elle soutient que l'article 2 est illégal en ce qu'il vise les hôpitaux généraux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K, soit pour les exclure du financement des hôpitaux généraux (§ 1^{er}), soit pour les inclure dans le financement prévu pour les hôpitaux psychiatriques (§ 2) et qu'il y a donc lieu d'annuler tant le § 1^{er} que le § 2, la distinction discriminatoire opérée ressortant des deux paragraphes.

Elle explique également que le Conseil d'État peut annuler partiellement la disposition, uniquement en ce qu'elle vise les hôpitaux généraux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K, car cette annulation partielle n'affecterait pas l'économie générale de la disposition et ne correspondrait pas à une réformation d'un tout indissociable. Elle souligne qu'elle ne critique pas le calcul ou les conditions de financement prévues mais uniquement la catégorie hôpitaux généraux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K qui se trouve discriminée et n'aperçoit pas comment la disposition pourrait être considérée comme ayant été conçue comme un tout indivisible impliquant le traitement différencié de cette catégorie. Elle soutient que la portée générale de l'article 2 ne se trouverait pas modifiée par l'annulation de cet élément et que les modalités de calcul demeureraient identiques.

Elle constate ensuite que le constat de l'impossibilité d'annuler partiellement l'article 2 n'emporterait dès lors pas le constat de l'incompétence du Conseil d'État puisque si celui-ci estimait que l'annulation partielle de l'article 2 n'est pas possible, il conviendrait alors d'annuler l'article 2 (et l'article 4) dans son ensemble. Elle observe qu'elle se trouve dans la catégorie à laquelle la différence de traitement dénoncée est défavorable et qu'elle a donc intérêt à demander l'annulation de l'acte contenant cette inégalité.

La requérante remarque enfin qu'en cas d'annulation de l'article 2, la partie adverse devrait se prononcer sur le financement du DPI en tenant compte de l'arrêt d'annulation intervenu et des motifs sur lesquels il repose et qu'à considérer même, par impossible, qu'aucun financement ne soit être octroyé à la suite de l'annulation de l'article 2, elle conserve un intérêt au recours puisqu'elle serait alors traitée de manière identique à tout autre hôpital général.

C. Derniers mémoires

Les parties ne formulent pas d'observations particulières à ce propos, la partie adverse déclarant s'en référer à la sagesse du Conseil d'État.

IV.2. Appréciation du Conseil d'État

Quoique la requête se donne formellement pour objet l'annulation de l'arrêté royal du 6 septembre 2016 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux, il apparaît – à la lecture des griefs formulés au titre des moyens, qui critiquent le seul financement du "D.P.I." – que le recours a, en réalité, pour objet l'annulation des articles 2 et 4 de cet arrêté, soit les seules dispositions de cet arrêté qui concernent ce financement.

Par ailleurs, la requérante ne semble se plaindre que du fait que les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K entrent dans le champ d'application du § 2 de l'article 61, et non dans le champ d'application du § 1^{er}, ce qui incite la partie adverse à soutenir que "la partie requérante demande en réalité [au Conseil d'État] de prononcer une annulation partielle de l'article 61 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 tel qu'inséré par l'article 2 de l'arrêté royal attaqué". La partie adverse n'identifie toutefois pas les termes de la disposition sur lesquels porterait précisément la demande d'annulation.

Si cette demande d'annulation doit être comprise comme étant limitée à la mention, dans les deux paragraphes de l'article 61, des "hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K", il s'impose d'observer que la suppression de la catégorie "hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K" dans les deux premiers paragraphes de l'article 61 aurait des conséquences non négligeables tant sur le financement des autres hôpitaux entrant dans le champ d'application du § 1^{er} que sur le financement des hôpitaux restant dans le champ d'application du § 2, puisque les enveloppes disponibles pour ces deux paragraphes sont déterminées par paragraphe. Or, rien ne permet d'affirmer que la partie adverse aurait fait choix de fixer les enveloppes disponibles pour chacun de ces paragraphes au même montant si elle avait classé les "hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K" dans le paragraphe 1^{er}. Ces paragraphes (en ce compris le § 3 qui prévoit la répartition entre les hôpitaux visés aux deux premiers paragraphes d'un budget supplémentaire selon les modalités fixées par ces paragraphes) forment donc un tout indissociable de telle sorte que le Conseil d'État ne serait pas compétent pour prononcer une annulation partielle limitée à la mention précitée dans les deux paragraphes de l'article 61.

Il ressort toutefois des développements du mémoire en réplique – notamment en tant qu'ils font valoir que la différence de traitement critiquée ressort indistinctement des paragraphes 1^{er} et 2 de l'article 61 – et de la confirmation qu'y apporte formellement la requérante, que l'annulation demandée est celle des articles 2 et 4 de l'arrêté attaqué, dans leur intégralité. Ainsi précisée quant à son objet et sa portée, la demande d'annulation ne se heurte pas à l'objection précédemment évoquée quant à l'incompétence du Conseil d'État pour en connaître.

Enfin, la partie adverse conteste l'intérêt de la requérante à l'annulation de l'article 61 dans son intégralité, dès lors que cette annulation aurait pour effet de lui faire perdre l'intégralité d'un financement du "D.P.I.", là où, en vertu de l'acte attaqué, elle bénéficie d'un financement, même s'il est moindre que celui qui est accordé aux hôpitaux à l'égard desquels elle se plaint de faire l'objet d'un traitement discriminatoire et dont elle semble, au travers de son recours, revendiquer le bénéfice. Elle ne peut toutefois être suivie à ce propos. En effet, un acte réglementaire est, en règle susceptible, d'être attaqué par toutes les personnes auxquelles il s'applique, ce qui – en l'espèce – n'est pas contesté dans le chef de la requérante. En outre, admettre, comme le suggère la partie adverse, que l'intérêt au recours ne peut être considéré

comme établi chaque fois qu'est en cause une réglementation qui se présente, à tort ou à raison, comme plus favorable que la réglementation précédemment applicable, reviendrait à mettre directement en cause la question du droit à un recours effectif. Enfin, comme le fait valoir la requérante dans son mémoire en réplique, en cas d'annulation de l'article 2 de l'arrêté attaqué, la partie adverse devrait se prononcer sur le financement du "D.P.I." en tenant compte de l'arrêt d'annulation intervenu, ce qui exclut de préjuger d'un effet de l'annulation sollicitée conforme à ce qu'annonce la partie adverse. L'intérêt de la requérante à son recours ne peut être dénié.

Il suit de l'ensemble de ces considérations que le recours est recevable en tant qu'il est dirigé contre les articles 2 et 4 de l'arrêté royal attaqué.

V. Premier moyen

V.1. Thèses des parties

A. Requête

La requérante soulève un premier moyen qu'elle présente comme suit:

" II.1.1. ENONCÉ DU MOYEN

Le premier moyen est pris de la violation des principes de proportionnalité, de l'absence de motifs de droit et de faits, de l'erreur manifeste d'appréciation, de la violation de l'obligation de motivation matérielle de tout acte administratif, de l'interdiction de l'arbitraire et de la nécessité de faire reposer toute décision sur des motifs exacts, pertinents et admissibles et de l'excès de pouvoir.

11.1.2. DEVELOPPEMENTS

1. RAPPEL DES PRINCIPES APPLICABLES

La modification proposée doit reposer sur des motifs de droit et de fait de nature à la justifier.

Ainsi, lorsque le Roi réforme la nomenclature de l'INAIVII déterminant les prestations médicales remboursables et les modalités de ces remboursements, Votre Conseil estime que:

«s'il n'est pas de la compétence du Conseil d'État de trancher la question de l'opportunité de la suppression dans la nomenclature des prestations remboursables de l'échocardiographie bidimensionnelle noir et blanc, il lui appartient cependant de vérifier si, dans l'exercice de son pouvoir discrétionnaire, l'autorité administrative n'a pas commis d'erreur manifeste d'appréciation. Que ce contrôle exige que les motifs de l'acte attaqué apparaissent clairement soit de l'énoncé de celui-ci, soit des pièces de la procédure».

Saisi d'une requête en annulation à l'encontre de l'arrêté royal du 6 mars 2007 modifiant l'arrêté royal du 14 septembre 1984 établissant la nomenclature des prestations de santé en matière d'assurance obligatoire soins de santé et indemnités, arrêté limitant à deux par année le remboursement du contrôle des défibrillateurs et pacemakers, Votre Conseil a confirmé les principes dégagés dans l'arrêt du 19 juin 2006.

Les appliquant au cas d'espèce, il annule l'arrêté au motif que des considérations budgétaires ne constituent pas une justification déterminante de la mesure :

«en l'espèce, les propositions et avis ne contiennent aucun motif d'ordre médical précis et étayé de références justifiant que la fréquence des contrôles périodiques puisse être limitée à deux par année civile tant pour les pacemakers que pour le défibrillateur, pendant toute la durée de vie de la batterie de ces appareils qu'en effet, la proposition du conseil technique médical du 8 mars 2005 relate uniquement l'observation suivante formulée par un représentant des organismes assureurs : "M (...) fait remarquer qu'il est d'accord avec cette limitation dans le cadre de l'ambulatorio. En effet, les contrôles et la programmation sont nécessaires au début et à la fin de la batterie (déplétion) et que le remboursement de deux prestations maximum par année civile est suffisant"; que, s'agissant de la justification de la mesure envisagée, le document CTM 04-MI-385 se borne à indiquer ce qui suit : "Cette mesure permettra une économie de quelque 2 millions d'euros, sans nuire à la qualité du suivi des stimulateurs et défibrillateurs cardiaques"; que la documentation jointe à la note d'observations ne fournit pas de justification déterminante de la mesure litigieuse; que le moyen est manifestement fondé ».

Par ailleurs, dans le cadre du recours introduit à l'encontre de la réforme du secteur de la cardiologie, Votre Conseil est précis quant à la nature des éléments pouvant fonder la justification des mesures prises. Il fustige des "affirmations, fussent-elles catégoriques" qui ne reposent sur aucun document explicatif :

«Qu'aux inconvénients et risques liés à la mise en application de l'arrêté royal attaqué, décrit par les requérants dans la première branche de leur moyen, la partie adverse oppose à la fois des arguments d'ordre médical ("L'agrément des centres B2 isolé fait l'objet de sérieuses controverses entre les spécialistes") et des arguments d'ordre géographique et chronologique quant aux conditions d'accès aux centres complets Bi, B2, B3;

Que, sur ce plan particulier, la partie adverse fait état de la faible étendue du territoire de la Belgique, et en déduit que l'accès à un service hospitalier disposant d'une infrastructure complète Bi, B2, B3, est possible dans la plupart des régions, dans un délai d'intervention de nonante minutes au maximum, en se fondant sur l'hypothèse du parcours, par un véhicule de secours, d'un kilomètre par minute

Que, pour être admises sur ce point précis, dont l'extrême importance est reconnue par les parties, les considérations de la partie adverse devaient reposer sur des constatations certaines étayées par des documents probants;

Que, amenée à rechercher notamment si, dans cette appréciation du rapport distance/temps, la partie adverse n'a pas commis d'erreur manifeste, le Conseil d'État ne peut se satisfaire d'affirmations, fussent-elles catégoriques, tels le caractère "accessoire" du critère de distance de 60 km, la poursuite d'un objectif de santé publique et la recherche de l'organisation la plus efficace de l'aide médicale urgente que, s'agissant du rapport entre le temps et la distance parcourue par un véhicule de secours, tel qu'évalué par la partie adverse prétendument au nom du principe de précaution, l'on cherche vainement quelques documents explicatifs parmi les pièces de la procédure,

Que cette lacune est d'autant plus surprenante que, dans l'avis qu'il a donné le 8 juin 2006, le Conseil national des établissements hospitaliers a conclu en ces termes. "Cela signifie que le Conseil rejette la proposition du Ministre en ce qui concerne une interdiction de B1-B2 distincts. Par ailleurs, le Conseil s'étonne de la seule mesure d'exception proposée, qui exprime l'accessibilité à distance. La nécessité d'intervenir de manière utile, voire vitale avec une angioplastie coronarienne devrait plutôt être exprimée au moyen du facteur temps";

Que rien n'établit, *prima facie*, que la partie adverse ait tenu compte de la diversité des conditions d'accès aux lieux d'implantation des services hospitaliers et des conditions atmosphériques, qui peuvent rendre cet accès difficile, même pour les véhicules de secours, que l'importance vitale de la

rapidité de l'intervention dans le traitement de la pathologie cardiaque requerrait cependant des justifications précises et spécifiques à l'appui de la réglementation adoptée,...);

Que, dans ces conditions, force est de constater que le Conseil d'État n'est pas en mesure de vérifier si, en prenant l'arrêté attaqué, la partie adverse a exercé son pouvoir d'appréciation sans commettre d'erreur manifeste;

Que le moyen est sérieux et de nature à justifier l'annulation de l'arrêté attaqué, les différentes dispositions de celui-ci formant un ensemble qui, *prima facie*, ne paraît pas pouvoir être dissocié».

La jurisprudence de Votre Conseil dans le domaine de la santé pose, au travers de ces arrêts, un cadre d'intervention précis au Roi, qui ne peut se borner à adopter des mesures motivées par des soucis d'économie, sans justifier l'adoption de celles-ci par un dossier probant. Ainsi, lorsqu'il décide de réformer le secteur de la santé et son financement, le Roi:

- doit pouvoir démontrer que ses décisions sont adoptées sur la base de motifs de droit et de fait clairement identifiés; ces motifs doivent apparaître de l'énoncé de l'acte ou des pièces de la procédure;
- ne peut commettre d'erreur manifeste d'appréciation, l'existence d'une telle erreur pouvant notamment être rapportée en démontrant qu'aucun élément de l'acte ou des pièces de la procédure préalable à son adoption ne permet de s'assurer que la décision adoptée l'a été sur la base de justifications précises et objectivées.

2. EN L'ESPECE

Tout comme dans le cadre du traditionnel contrôle de régularité des actes administratifs que Votre Conseil opère, s'agissant du contrôle de légalité et de constitutionnalité, Votre Conseil doit examiner l'acte réglementaire qui lui est soumis, non seulement au travers de sa formulation, mais également au travers de ses motifs, que ceux-ci apparaissent clairement de son énoncé ou qu'ils apparaissent des pièces de la procédure préalable à son adoption.

La question du financement des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés Sp soins palliatifs et les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K, appelés «hybrides», se pose depuis 2015.

Le seul motif ressortant des documents en la possession de la requérante est l'économie budgétaire invoquée dans une demande d'avis du 1^{er} juin 2015 :

«pour l'équipe algologique multidisciplinaire, la qualité de la chaîne transfusionnelle, la fonction agréée 'coordination locale des donneurs', équipe nutritionnelle et qualité des soins pharmacologiques, il est proposé de les exclure au même titre que les hôpitaux psychiatriques, par manque de moyens budgétaires.»

La jurisprudence constante de Votre Conseil qui vient d'être rappelée exclu qu'à lui seul, un tel motif soit pertinent.

De plus, le CNEH s'est clairement prononcé contre ce retrait de financement en répondant au motif invoqué comme suit :

«D'abord, la Section financement souhaite signaler à Madame la Ministre que les montants en jeu (puisque l'aspect budgétaire semble être la raison pour laquelle il est proposé d'exclure ces hôpitaux du bénéfice des financements concernés) sont très limités au regard du montant total du budget des moyens financiers.

Par ailleurs, la Section financement estime qu'il serait discriminatoire de financer ces différentes fonctions en hôpital général "aigu" et de ne pas les financer dans ces hôpitaux « hybrides ».

Loin de fournir une réponse à l'avis du CNEH, la partie adverse a persisté en n'allouant pas à la requérante, dans les actes individuels d'attribution des BMF, les financements auxquels elle avait droit sur la base des dispositions applicables. Ces BMF font l'objet de recours portés devant Votre Conseil.

La partie adverse aujourd'hui pérennise cette exclusion des hôpitaux dits "hybrides" dans l'arrêté royal du 25 avril 2002 sans qu'aucune explication supplémentaire ne soit apportée et ce alors que le CNEH a clairement rappelé l'absence de pertinence de la différence de traitement dans ses avis des 14 avril et 12 mai 2016 :

«les centres hospitaliers spécialisés (les hôpitaux qui ne disposent que de service G/Sp et A/I) sont repris avec les hôpitaux généraux, ces hôpitaux doivent également être repris, pour la répartition du budget national disponible des 56,4 millions euros dans la catégorie des hôpitaux généraux afin de ne pas grever la partie du budget national disponible qui doit être attribuée aux hôpitaux psychiatriques. Compte tenu des fonctionnalités indispensables à prévoir dans le DPE des centres hospitaliers spécialisés, les modalités de financement prévues pour les hôpitaux généraux doivent également leur être appliquées.»

Par l'acte attaqué, la partie adverse a cependant décidé de faire fi de ces avis et de modifier le système mis en place sans qu'aucun motif pertinent et adéquat ne puisse le justifier.

Rien ne permet de comprendre les raisons pour lesquelles la partie adverse a décidé de ne pas suivre l'avis du C.N.E.H..

Alors que les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés Sp soins palliatifs et les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K sont agréés comme hôpitaux généraux et présentent les mêmes besoins, ils se trouvent sous-financés sans motifs pertinents et adéquats.

L'arrêté royal du 30 août 2016 attaqué, en ce qu'il modifie l'article 61 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux ne repose sur aucun motif pertinent et légalement admissible".

B. Mémoire en réponse

La partie adverse répond à ce premier moyen dans les termes suivants:

- " 20. La partie adverse note tout d'abord que la demande d'avis du 1^{er} juin 2015 mentionnée par la partie requérante, de même que l'avis du CNEH cité en page 15 de la requête ne concernent aucunement le financement du DPI.
En effet, la demande d'avis à laquelle il est fait allusion et l'avis du CNEH du 11 juin 2015 concernent le financement structurel pour l'équipe algologique multidisciplinaire, la qualité de la chaîne transfusionnelle, la fonction agréée «coordination locale des donneurs», l'équipe nutritionnelle et la qualité des soins pharmacologiques.
Cette demande d'avis et cet avis qui s'en est suivi ne sont donc pas pertinents pour la présente cause dès lors que ces documents concernent d'autres financements que ceux prévus à l'article 2 de l'arrêté royal attaqué.
Ils ne permettent dès lors aucunement de démontrer une quelconque illégalité de l'arrêté royal du 25 avril 2002.
21. Comme il sera démontré à l'occasion de la réfutation du troisième moyen (cf. *infra* points 49 et s.), la partie adverse pouvait par ailleurs se départir des avis émis par le CNEH, sans avoir à en expliciter les motifs.
Il ne peut dès lors aucunement être déduit de l'avis du CNEH cité par la partie requérante que l'arrêté royal attaqué ne reposerait pas sur des motifs adéquats et pertinents, serait entaché d'une erreur manifeste d'appréciation, ...
22. Enfin, est de jurisprudence constante de Votre Conseil que pour être recevable, un moyen d'annulation «doit indiquer la règle de droit qui aurait été méconnue et en quoi elle l'a été» (C.E., n° 180.331, 3 mars 2008, MARCHAL; C.E., n° 186.462, 24 septembre 2008, BRUGMAN; C.E., n° 195.759, 4 septembre

2009, sprl LIPPERT ENTREPRISES; C.E., n° 201.226, 23 février 2010, STELEN; C.E., n° 207.421, 20 septembre 2010, SAADI).

Il se déduit de cette jurisprudence qu'il revient à la partie qui invoque une erreur manifeste d'appréciation dans le chef de la partie adverse, un défaut de motivation matérielle ou de motifs de droit et de faits ou encore une violation du principe de proportionnalité, de démontrer *in concreto* en quoi l'acte attaqué contreviendrait à ces obligations ou principes.

En l'espèce, la partie requérante se contente de citer un avis du CNEH qui indique que «(...) les centres hospitaliers spécialisés (les hôpitaux qui ne disposent que de services G/SP et A/T) sont repris avec les hôpitaux généraux, ces hôpitaux doivent également être repris, pour la répartition du budget national disponible des 56,4 millions euros dans la catégorie des hôpitaux généraux afin de ne pas grever la partie du budget national disponible qui doit être attribuée aux hôpitaux psychiatriques. Compte tenu des fonctionnalités indispensables à prévoir dans le DPE des centres hospitaliers spécialisés, les modalités de financement prévues pour les hôpitaux généraux doivent également leur être appliquées.» (pièce 3 du dossier administratif).

La partie requérante indique simplement suite à cet avis que la partie adverse s'en serait départi sans motif pertinent. Elle affirme encore qu'elle est agréée comme hôpital général et qu'elle est sous financée sans motif pertinent et adéquat. Ces affirmations ne sont ni démontrées ni étayées.

Ce faisant, la partie requérante reste en défaut de démontrer en quoi, la partie adverse aurait commis une erreur manifeste d'appréciation ou en quoi l'arrêté royal attaqué ne reposerait pas sur des motifs adéquats et pertinents. Elle ne démontre effectivement pas en quoi, le fait de financer les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K sur base des modalités de financement prévues au paragraphe 2 de l'article 61 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 (tel qu'inséré par l'arrêté royal attaqué) serait contraire aux principes invoqués à l'appui de son premier moyen.

En ce sens, il est à noter qu'à l'occasion des arrêts cités par la partie requérante, chacune des parties requérantes en ces affaires avait développé, de manière circonstanciée, une argumentation en soutien à leur moyen et avaient dès lors tenté de démontrer *in concreto* l'erreur manifeste d'appréciation ou le défaut de motif adéquat dans ces cas d'espèce [...].

Tel n'est pas le cas de la partie requérante.

23. Partant, le premier moyen doit être déclaré irrecevable.

24. Par ailleurs, en ne développant aucune argumentation démontrant la réalité des illégalités dont serait entaché l'acte attaqué, la partie requérante demande en réalité à Votre Conseil de statuer en opportunité sur l'acte attaqué, ce qu'il ne peut pas faire.

25. Pour autant que de besoin, la partie adverse renvoie aux développements effectués sous le second moyen du présent mémoire, qui démontrent dans tous les cas, que l'acte attaqué ne repose pas sur une erreur manifeste d'appréciation et repose bel et bien sur des motifs pertinents et adéquats.

[Il en va ainsi notamment dans les arrêts C.E., 19 décembre 2007, n° 178.064, GOETHALS et C.E., 21 février 2007, n° 168.067, ASSOCIATION SANS BUT LUCRATIF CENTRE HOSPITALIER CHRETIEN E.A.].

26. Le premier moyen doit être déclaré irrecevable, et à tout le moins non fondé".

Outre la réponse, présentée comme telle, au premier moyen, il y a lieu de mentionner l'extrait suivant du mémoire en réponse:

" II. REMARQUE PRÉLIMINAIRE CONCERNANT L'EXPOSÉ DES FAITS DE LA PARTIE REQUÉRANTE

6. Le présent recours est dirigé contre l'arrêté royal du 6 septembre 2016 susmentionné. Plus précisément, comme il sera démontré ci-dessous, le recours est dirigé contre l'article 2 de l'arrêté royal attaqué (soit contre les dispositions de

l'arrêté royal attaqué concernant le Dossier patient informatisé – cf. *infra* titre III, Portée du recours en annulation).

7. La partie adverse souhaite souligner que certaines parties de l'exposé des faits de la partie requérante ont trait à d'autres financements que celui relatif au dossier patient informatisé.

En effet, les observations formulées par la partie requérante en page 6 à 9 de son mémoire concernent le financement de la fonction d'hémovigilance, qualité de la chaîne transfusionnelle; l'équipe nutritionnelle; l'équipe algologique; la liaison interne gériatrique; la surveillance des infections nosocomiales; la pharmacie clinique, qualité des soins pharmacologiques.

L'absence de financement de la partie requérante pour ces financements fait l'objet de trois recours (recours contre le projet de BMF au 1^{er} juillet 2015 portant le numéro de rôle G/A. 217.206/VI-20.616, contre le projet de BMF au 1^{er} janvier 2016 portant le numéro de rôle G/A. 218.934/VI-20.756 et enfin contre le projet de BMF au 1^{er} juillet 2016 portant le numéro de rôle G/A 220.347/VI-20864). Ces recours sont toujours pendants devant Votre Conseil.

L'avis du C.N.E.H. rendu concernant ces financements spécifiques (soit l'avis du 11 juin 2015 cité par la partie requérante), outre qu'il s'agit d'un avis simple et que l'autorité peut donc s'en départir sans devoir en motiver les raisons (cf. *infra* réfutation du troisième moyen), est sans pertinence en l'espèce. En effet, l'avis précité ne concernait que ces financements et ne concernait aucunement le financement du DPI.

Il en va de même concernant la demande d'avis de la Ministre de la Santé publique ayant donné lieu à l'avis du C.N.E.H. du 11 juin 2015 précité. Cette demande n'est pas éclairante en l'espèce.

De même, la note annexe à la proposition de budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2015 n'est pas pertinente. Le financement pour la mise en oeuvre d'un DPI sera octroyé, pour la première fois, aux hôpitaux concernés dans le cadre du budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2016. Le projet de budget des moyens financiers au 1^{er} juillet 2016 communiqués aux hôpitaux, et notamment à la partie requérante, en date du 27 juillet 2016, prévoit déjà provisoirement le financement de ce poste.

8. La partie requérante ne peut dès lors se prévaloir de ces pièces pour démontrer une quelconque illégalité de l'arrêté royal attaqué à l'occasion du présent recours.

Pour autant que de besoin, la partie adverse souligne que, comme cela ressort des écrits de procédures déposés dans le cadre des procédures pendantes devant Votre Conseil concernant les financements susmentionnés, elle conteste formellement le fait que la partie requérante aurait droit à ces financements ou se verrait discriminée en ne se voyant pas allouer les financements correspondants à ces postes.

Cependant, ces contestations étant étrangères au présent recours, la partie adverse ne reviendra pas sur ces points".

C. Mémoire en réplique

La requérante fait valoir les considérations suivantes:

- " La partie requérante critique l'arbitraire de la distinction opérée entre les hôpitaux concernant le financement du DPI.

La requérante n'est pas en mesure de critiquer, de manière circonstanciée, les motifs de la décision de financer les hôpitaux généraux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K puisque, contrairement aux cas des arrêts cités, la partie adverse n'a, en l'espèce, purement et simplement donné aucun motif

La partie adverse n'a fourni aucun début d'explication permettant de comprendre la distinction opérée de sorte que la requérante ne peut que constater cette carence. La requérante a tenté de comprendre, pour les réfuter, les motifs de la discrimination

créée.

Pour cela, elle se base sur les échanges de 2015 entre Madame la Ministre et le CNEH.

Dès le 1^{er} juin 2015, la Ministre a demandé l'avis du conseil national des établissements hospitaliers (ci-après CNEH) sur l'exclusion des hôpitaux qu'elle appelle «hybrides» de certains financements :

«La formulation actuelle pour la majorité des articles est la suivante. "Tout, les hôpitaux non psychiatriques, à l'exception des hôpitaux et services, isolés, Sp et des hôpitaux et services, isolés, G et des hôpitaux de soins palliatifs» "

Suite à l'analyse de chaque mesure de structure réalisation pour vérifier s'ils pouvaient remplir les conditions de financement, il est proposé. • pour la gériatrie, ils ne sont pas dans les conditions de l'arrêté de financement (article 63bis) pour la liaison interne car ils ne disposent pas de lits C et D mais certains sont dans les conditions pour être financés pour l'hôpital de jour gériatrique.

Il est donc proposé de financer l'hôpital de jour gériatrique dans les 3 établissements agréés pour un service G à partir du 1^{er} juillet 2015.

pour l'équipe algologique multidisciplinaire, la qualité de la chaîne transfusionnelle, la fonction agréée «coordination locale des donneurs», équipe nutritionnelle et qualité des soins pharmacologiques, il est proposé de les exclure au même titre que les hôpitaux psychiatriques, par manque de moyens budgétaires.

En conséquence, il est prévu de modifier l'arrêté de financement (articles 63quater à 63octies) afin d'exclure ces établissements de manière claire.

La formulation serait la suivante : «Tous les hôpitaux non psychiatriques, à l'exception des hôpitaux et services, isolés, Sp et des hôpitaux et services, isolés, G, des hôpitaux de soins palliatifs et des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K» (...) (Pièce n° 4)

Bien que cette demande ne concerne pas le financement des DPI dont il n'était pas encore question, il est tout à fait éclairant de s'y référer puisqu'il ressort de ce qui précède que la volonté d'exclure ces établissements était générale et non spécifique à un type de financement.

Il s'agit par ailleurs de la seule demande explicite de la partie adverse concernant ces hôpitaux et donc des seuls motifs permettant de comprendre pourquoi une catégorie d'hôpitaux «hybrides» serait pertinente.

En conséquence, il est également particulièrement éclairant de lire la réponse formulée par le CNEH dans son avis du 11 juin 2015 qui met en exergue l'absence totale de pertinence, de fondement et l'aspect discriminatoire de la distinction souhaitée par la Ministre :

«20 En ce qui concerne la problématique des G/Sp hybrides.

En premier lieu, la Section financement marque son accord quant à la proposition de Madame la Ministre de financer, de manière structurelle, l'hôpital de jour gériatrique dans les 3 hôpitaux G/Sp « hybrides » agréés pour un service G à partir du 1^{er} juillet 2015. (avec rattrapage depuis le 1^{er} juillet 2014)

Ensuite, la Section financement ne peut accepter la proposition de Madame la Ministre d'exclure, au même titre que les hôpitaux psychiatriques, par manque de moyens budgétaires, ces hôpitaux "hybrides" des financements structurels octroyés pour l'équipe algologique multidisciplinaire, la qualité de la chaîne transfusionnelle, la fonction agréée "coordination locale des donneurs", l'équipe nutritionnelle et la qualité des soins pharmacologiques.

D'abord, la Section financement souhaite signaler à Madame la Ministre que les montants en jeu (puisque l'aspect budgétaire semble être la raison pour laquelle il est proposé d'exclure ces hôpitaux du bénéfice des financements concernés) sont très limités au regard du montant total du budget des moyens financiers.

Par ailleurs, la Section financement estime qu'il serait discriminatoire de financer ces différentes fonctions en hôpital général "aigu" et de ne pas les financer dans ces hôpitaux "hybrides".

Plus particulièrement en ce qui concerne la liaison interne gériatrique, les normes d'agrément édictées pour le programme de soins gériatriques d'une part n'imposent nullement de disposer de lits C et D pour la liaison interne gériatrique mais d'autre part imposent de disposer d'un hôpital de jour gériatrique et de la liaison interne gériatrique.

Par conséquent, la Section financement propose à Madame la Ministre d'accorder à ces "hôpitaux «hybrides» le financement structurel des mesures visées et pour ce faire. • de modifier le texte de l'article 63bis de l'arrêté royal du 25 avril 2002 pour y supprimer les mots "en complément de services C et D" d'adapter le texte des articles 63ter à *quinquies* et 63septies et octies (ce dernier étant remplacé par l'article 75, 5S 8 au 1^{er} juillet 2015 à la suite du transfert en sous-partie B5 du financement de la qualité des soins pharmacologiques) pour clairement inclure ces hôpitaux hybrides, pour autant qu'ils répandent aux conditions y énoncées, au bénéfice des financements concernés». (Pièce n° 5)

Le seul motif identifié serait l'aspect budgétaire, motif qui n'apparaît pas pertinent au regard de la réponse du CNEH à laquelle aucun argument n'a été et n'est opposé. Sous réserve des développements relatifs au deuxième moyen qui ne sont pas convaincants, la partie adverse ne fournit aucune explication et se contente d'affirmer que les avis du CNEH ne la lient pas.

Ce faisant, elle confirme le caractère arbitraire de l'acte attaqué et ne permet pas, même a posteriori, un contrôle des motifs de la décision.

La thèse que soutient la partie adverse amènerait à conclure qu'en l'absence de tout motif et de toute explication, la preuve d'une erreur manifeste d'appréciation n'est pas rapportée. Une telle conclusion est inacceptable.

L'acte attaqué, en ce qu'il viole les principes visés au moyen doit être annulé".

D. Dernier mémoire de la requérante

Répondant à l'examen global des premier et deuxième moyens effectué par l'auditeur rapporteur, la requérante fait valoir ce qui suit :

- " Les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés Sp soins palliatifs et les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K ont besoin des fonctionnalités définies par le § 1^{er} de l'annexe 19.

Les fonctionnalités de chacun des DPI sont adaptées, d'une part, aux hôpitaux généraux et (§ 1^{er} de l'annexe 19), d'autre part, aux hôpitaux psychiatriques (§ 2 de l'annexe 19).

Or, si la partie requérante, qui dispose de 60 lits psychiatriques, doit effectivement bénéficier des fonctionnalités du DPI prévu par le § 2 de l'annexe 19 pour ceux-ci, les 426 lits repris sous les indices G et Sp nécessitent impérativement les fonctionnalités du DPI des hôpitaux généraux.

Les lits agréés sous les indices G et Sp situés dans les hôpitaux généraux autres que ceux qui ne disposent que de lits G et/ou Sp en combinaison avec les lits A, T ou K bénéficient de ces fonctionnalités et, partant, du financement y afférent. Pourtant les normes d'agréments et l'activité de ces lits sont identiques, quelle que soit leur localisation. Ils nécessitent donc tous l'ensemble des fonctionnalités définies par le § 1^{er} de l'annexe 19 et doivent par conséquent bénéficier du même financement prévu par l'article 61, § 1^{er}.

Les fonctionnalités de base du DPI des hôpitaux généraux (autres que ceux qui ne disposent que de lits G et/ou Sp en combinaison avec les lits A, T ou K) qui ne sont pas prévues à l'annexe 19, § 1^{er}, pour les autres hôpitaux (qui ne disposent que de lits G et/ou Sp en combinaison avec les lits A, T ou K) sont les suivantes :

7. Module de planning des soins infirmiers;

8. Planning des rendez-vous;
9. Saisie électronique des demandes d'examens pour l'imagerie médicale, pour les laboratoires ou des consultations;
11. Enregistrements des paramètres vitaux;
14. Serveur pour consulter les éléments objectifs du dossier patient;

Ces fonctionnalités sont pourtant toutes indispensables à la gestion de lits agréés non psychiatriques. Ainsi, l'ensemble des 15 fonctionnalités de base du § 1^{er} de l'annexe 19 sont requises pour les 426 lits agréés sous les indices G et Sp.

Les fonctionnalités «menu» du DPI des hôpitaux généraux sont également nécessaires et, notamment:

- Système d'aide à la décision clinique;
- Contrôle avancé des interactions (médicament-allergie, médicament-maladie, médicament-grossesse) : cette fonctionnalité est particulièrement indispensable pour la partie requérante eu égard à la polymédication et la polypathologie des patients occupant les lits agréés sous l'indice G;
- Prescription de chimiothérapie : la partie requérante dispose d'un agrément en soins de base en oncologie;
- Localisation fonctionnelle du patient;
- Enregistrement structuré de données médicales;
- Données génétiques : les maladies génétiques sont traitées par la partie requérante notamment par le Dr Zayd JEDIDI, neurologue spécialisé en génétique;
- Services et applications mobiles de santé (intégration de données de télésurveillance);
- Administration des médicaments en circuit fermé.

A contrario, les fonctionnalités du DPI des hôpitaux «qui ne disposent que de lits agréés Sp soins palliatifs et les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K» sont en réalité adaptées aux seuls hôpitaux psychiatriques.

Les fonctionnalités de ce DPI prévu au § 2 de l'annexe 19, non-prévues pour le DPI des hôpitaux généraux, sont les suivantes :

11. Enregistrement et échange d'informations multidisciplinaires;
12. Gestion du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline par le DPI;
13. Enregistrements des isolements;
14. Enregistrement des observations du patient;
15. Intégration des résultats des études qui sont demandés en interne, mais effectués à l'extérieur.

On constate que ces fonctionnalités sont destinées aux hôpitaux psychiatriques, soit aux lits agréés sous l'indice T. Il en va de même des fonctionnalités «menu» telle que «mesures restreignant la liberté physique, autre que l'isolement».

La distinction des fonctionnalités des DPI ne se justifie qu'à l'égard des lits agréés sous l'indice T. Ces lits nécessitant l'ensemble des fonctionnalités définies par le § 2 de l'annexe 19 doivent, par conséquent, bénéficier du financement prévu pour les hôpitaux psychiatriques.

Les fonctionnalités de chacun des DPI ne sont donc pas adaptées aux deux catégories créées par l'acte attaqué mais aux deux catégories ressortant de la loi sur les hôpitaux, c'est-à-dire les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques. La distinction opérée entre hôpitaux généraux n'est pas justifiée. Les lits G et Sp de ces hôpitaux généraux nécessitent l'implémentation d'un DPI d'hôpital général.

En l'espèce, la partie requérante dispose de 60 lits agréés sous l'indice T pour 426 lits sous les autres indices et la partie requérante est agréée en qualité d'hôpital général.

Pour ses lits G et Sp, la partie requérante doit impérativement disposer des fonctionnalités du DPI adapté aux hôpitaux généraux. La partie requérante a dès lors acquis ce DPI intégrant les critères BMUC pour les hôpitaux généraux répondant aux fonctionnalités définies par le § 1^{er} de l'annexe 19 (Pièce n° 18). En

raison de la distinction discriminatoire opérée, la partie requérante ne peut cependant pas bénéficier du financement lié à la mise en place de ce DPI.

Un lit G et Sp localisé dans un hôpital général obtient donc un financement supérieur au même lit d'indice G ou Sp localisé dans un hôpital général de la catégorie créée par l'acte attaqué (hôpitaux ne disposant que de lits G et/ou Sp en combinaison avec des lits A, T ou K).

Si, comme le soutient la partie adverse, les fonctionnalités et le financement étaient liés aux lits agréés, rien ne justifierait qu'un lit G ou Sp localisé dans un hôpital général bénéficie des fonctionnalités du DPI prévu au § 1^{er} de l'annexe 19 et obtienne un financement supérieur au même lit d'indice G ou Sp localisé dans un hôpital général de la catégorie créée par l'acte attaqué (hôpitaux ne disposant que de lits G et/ou Sp en combinaison avec des lits A, T ou K).

Cette distinction est d'autant moins compréhensible que, dans les faits, la partie requérante et seulement trois autres hôpitaux en Belgique se trouvent être agréés en qualité d'hôpital général mais se voient appliquer un financement adapté à un hôpital psychiatrique et ce, en raison de la catégorie discriminatoire créée. La distinction discriminatoire opérée n'emporte dès lors aucune conséquence financière significative.

Pour le surplus, la partie requérante renvoie aux développements de sa requête en annulation et de son mémoire en réplique.

L'acte attaqué, en ce qu'il viole les principes visés aux moyens doit être annulé".

E. Dernier mémoire de la partie adverse

La partie adverse formule les observations suivantes:

" 10. La partie adverse fait entièrement siennes les conclusions de Madame le Premier Auditeur à l'occasion de son rapport.

Pour le surplus, elle tient à faire valoir ce qui suit.

11. Il convient d'abord de rappeler que le financement visé à l'article 2 de l'acte attaqué est un budget accélérateur, soit un budget destiné à soutenir les hôpitaux qui sont encore peu informatisés et les aider à mettre en place des systèmes informatisés.

En contrepartie de ce budget accélérateur, les hôpitaux concernés doivent mettre en oeuvre une informatisation a minima. Les divers hôpitaux sont libres de prévoir une informatisation plus poussée de leur structure. Il n'en résulte pas pour autant que la partie adverse devrait financer cette informatisation plus poussée.

Partant, le fait que la partie requérante ait mis en oeuvre le DPI correspondant à la première enveloppe budgétaire, ne permet pas de justifier qu'elle reçoive dès lors le financement lié à ce DPI ni de démontrer que ce DPI lui serait nécessaire.

Si la partie requérante a fait le choix de mettre en oeuvre ce DPI, alors que rien ne le lui imposait, elle ne peut tenter de contraindre la partie adverse à financer la mise en oeuvre du DPI qu'elle a choisi d'implémenter.

12. La partie requérante ne peut par ailleurs être suivie lorsqu'elle soutient que le DPI visé par la deuxième enveloppe budgétaire serait en réalité adapté aux seuls hôpitaux psychiatriques.

En effet, les fonctionnalités du DPI des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux ne disposant que de lits G/SP en combinaison avec des lits A, T ou K, non prévues pour le DPI des hôpitaux non psychiatriques (à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K), sont les suivantes :

- 11. Enregistrement et échange d'informations multidisciplinaires;
- 12. Gestion du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline par le DPI;
- 13. Enregistrements des isolements;
- 14. Enregistrement des observations du patient;

- 15. Intégration des résultats des études qui sont demandés en interne, mais effectuées à l'extérieur.

Or, à l'exception des enregistrements des isolements qui sont en effet spécifiques aux lits psychiatriques, les autres fonctionnalités visées par ce DPI sont pertinentes pour des lits agréés G ou SP.

En effet, comme démontré dans le mémoire en réponse (point 37), les services G, Sp et T présentent une plus grande multidisciplinarité que les autres services.

Par ailleurs, les fonctionnalités 11, 12, 14 et 15 sont pertinentes pour les services Sp et G. En effet :

- Concernant, la fonctionnalité 11 «Enregistrement et échange d'informations multidisciplinaires» elle est destinée à faciliter l'accès aux informations patient nécessaires avec des vues intégrées. Cette fonctionnalité n'est pas destinée uniquement aux hôpitaux psychiatriques comme tente de le soutenir la partie requérante mais est destinée à optimiser l'interdisciplinarité spécifiquement importante pour les lits G, Sp et T.
- Concernant la fonctionnalité 12 «Gestion du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline par le DPI», son objectif est que le DPI devienne la source à utiliser pour assurer le suivi des prestations de soins. Le DPI pourra ainsi fournir des outils pour soutenir le travail des prestataires de soins au regard de chaque patient. Cette fonctionnalité permet entre autres de fournir la liste des patients, la liste des tâches à effectuer et la liste des tâches réalisées. Dans le cadre du DPI des hôpitaux psychiatriques et des hôpitaux ne disposant que de lits G/SP en combinaison avec des lits A, T ou K, il n'est pas requis qu'il y ait un module médical distinct du module des soins infirmiers (mais intégré), ce qui est plus complexe mais justifié lorsque de nombreux indices de lits sont présents dans une même structure. Cependant le DPI à mettre en oeuvre dans ces hôpitaux doit fournir des outils pour faciliter le travail d'équipe et le processus de coordination, ce qui est justifié compte tenu de la multidisciplinarité de ces services.
- Concernant la fonctionnalité 14 «Enregistrement des observations du patient», celle-ci est également pertinente pour des lits non-psychiatriques. Cette fonctionnalité permet d'informer l'ensemble des membres de l'équipe de soins des observations et des résultats des patients directement à l'aide du DPI. Cette information est effectuée sur base de mots clés identiques dans les différents DPI. Ceci permet une approche des données en fonction des besoins et de cette façon d'assurer la continuité des soins et l'efficacité de l'information des membres du personnel soignant. Cette fonctionnalité n'est certainement pas utile uniquement aux lits psychiatriques;
- Concernant la fonctionnalité 15 «Intégration des résultats des études qui sont demandés en interne, mais effectuées à l'extérieur», cette fonctionnalité a pour but que le DPI mis en oeuvre permette l'intégration de résultats d'analyses effectuées hors de l'hôpital, comme des analyses de laboratoire par exemple. Cette fonctionnalité est à nouveau manifestement pertinente pour des lits G ou Sp et ne s'applique pas uniquement aux lits T.

Il résulte de ce qui précède que les fonctionnalités de base du DPI visé par la seconde enveloppe budgétaire sont pertinentes pour les lits psychiatriques mais ne sont pas adaptées aux seuls lits psychiatriques comme le soutient, sans pour autant le démontrer, la partie requérante.

Il ne peut par ailleurs être soutenu, compte tenu de ce qui précède que ces fonctionnalités ne seraient pas pertinentes pour les hôpitaux ne disposant que de lits G/SP en combinaison avec des lits A, T ou K.

La partie requérante ne peut dès lors pas non plus être suivie lorsqu'elle affirme que «Les fonctionnalités de chacun des DPI ne sont donc pas adaptées aux deux catégories créées par l'acte attaqué mais aux deux catégories ressortant de la loi sur les hôpitaux, c'est-à-dire les hôpitaux généraux et les hôpitaux psychiatriques.».

13. Enfin, il ne peut être soutenu que la différence de traitement critiquée à l'occasion du présent recours ne serait pas fondée sur les lits agréés dans chacun

des hôpitaux dès lors qu'un lit G ou Sp ne serait pas financé de manière identique du point de vue du DPI selon que ce lit est agréé dans un hôpital «non psychiatriques, à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K» ou dans un hôpital ne disposant que «que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K». En effet, s'il est vrai que les hôpitaux visés par la première enveloppe budgétaire disposent parfois aussi de lits G ou Sp ou encore de lits A, T ou K, le seul fait que les indices de lits puissent se retrouver dans les deux catégories de DPI visées ne pourrait conduire à constater une discrimination en l'espèce.

En effet, c'est la combinaison des lits agréés au sein de chacun des hôpitaux concernés qui justifie la distinction effectuée au sein du DPI.

En effet, c'est parce que certains hôpitaux, comme la partie requérante, ne disposent que de lits G ou Sp en combinaison avec des lits A, T ou K qu'ils se voient ranger dans la seconde catégorie de financement. En effet, ces hôpitaux, à la différence des hôpitaux visés par la première enveloppe budgétaire ne disposent pas, par exemple, de lits C (chirurgie) ou de lits I (soins intensifs). De même, compte tenu du moins grand nombre d'indices de lits dont ils disposent, les patients de ces hôpitaux sont moins amenés à transiter par divers services et divers spécialistes au cours parfois d'une seule et même hospitalisation. Pour ces raisons, les hôpitaux psychiatriques et les hôpitaux ne disposant que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K ne se voient pas contraints de mettre en oeuvre un DPI aussi complexe que celui à mettre en oeuvre dans les hôpitaux non-psychiatriques (à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K).

Dans le même sens, si les hôpitaux non psychiatriques (à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K), disposent aussi parfois de lits A, T ou K, le fait que ces lits se trouvent agréés dans des structures dans lesquelles de nombreux autres indices de lits sont présents, justifie que ces hôpitaux doivent mettre en oeuvre le DPI plus complexe devant être implémentés dans ces hôpitaux. Partant, la différence de traitement repose bien sur les indices de lits agréés et tient compte de la combinaison des indices de lits agréés pour inciter à mettre en oeuvre, au sein de chaque hôpital, le DPI le plus en lien et le plus pertinent avec les activités justifiées compte tenu des indices de lits agréés.

La partie requérante ne peut dès lors être suivie lorsqu'elle affirme que «Si, comme le soutient la partie adverse, les fonctionnalités et le financement étaient liés aux lits agréés, rien ne justifierait qu'un lit G ou Sp localisé dans un hôpital général bénéficie des fonctionnalités du DPI prévu au § 1^{er} de l'annexe 19 et obtienne un financement supérieur au même lit d'indice G ou Sp localisé dans un hôpital général de la catégorie créée par l'acte attaqué (hôpitaux ne disposant que de lits G et/ou Sp en combinaison avec des lits A, T ou K).».

14. Madame le Premier Auditeur peut encore être suivie lorsqu'elle indique que «Il n'y a, en effet, lieu d'avoir égard dans le cadre des spécificités des DPI qu'aux seules prestations qui peuvent être effectuées dans le cadre des lits agréés pour les hôpitaux généraux et non d'avoir égard aux prestations qui pourraient être éventuellement également être effectuées en dehors des lits agréés, comme par exemple dans le cadre d'un hôpital de jour ou d'un espace polyclinique dès lors que la partie adverse a fait choix de lier le DPI aux agréments de lits et que la requérante n'établit pas que ce choix de la partie adverse serait manifestement déraisonnable et disproportionné.».

Or, la partie requérante ne démontre pas en quoi certaines des fonctions menu du DPI des hôpitaux non psychiatriques (à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits G et/ou Sp en combinaison avec des lits A, T ou K) devraient, compte tenu des lits pour lesquels ils disposent d'un agrément, disposer d'une fonction «Prescription de chimiothérapie» ou «Données génétiques» par exemple. En outre, il est à noter que pour l'heure seule deux des fonctionnalités menu doivent être

prises en oeuvre pour fin 2019 par les hôpitaux concernés, à la différence des fonctionnalités de base qui doivent toutes être mises en oeuvre. Or, la partie requérante n'indique aucunement en quoi les modalités de base lui seraient utiles ou nécessaires.

En tout état de cause, la seule affirmation dans le dernier mémoire que les fonctions de base et les fonctions menus visées au § 1^{er} de l'annexe 19 seraient nécessaires, parfois sans autre précisions, ne permet pas de démontrer que ces fonctionnalités seraient «réellement indispensables» à la partie requérante, ou que les fonctionnalités de base et menus prévues dans le DPI la concernant ne permettraient pas de répondre à ses besoins.

15. Enfin, le fait qu'actuellement seuls 4 hôpitaux ne disposent que de lits G et/ou Sp en combinaison avec des lits A, T ou K, ne permet pas de remettre en cause ce qui précède concernant la pertinence des choix posés par le Roi en l'espèce.

Les considérations liées au fait que pour l'heure l'inclusion de ces hôpitaux dans le DPI visé par la première enveloppe budgétaire n'emporterait pas de conséquence financière significative relèvent d'une question d'opportunité mais ne peut remettre en cause les développements repris dans le mémoire en réponse ou dans le présent mémoire.

Ceci d'autant plus que si la partie requérante affirme avoir mis en oeuvre le DPI visé par la première enveloppe budgétaire, et que l'ensemble des fonctionnalités prévues par cette enveloppe et non prévues dans le cadre du DPI visé par la deuxième enveloppe budgétaire sont nécessaires pour ses lits G et SP, elle ne démontre toujours pas en quoi ces fonctionnalités seraient effectivement indispensables pour les lits G et Sp dont elle dispose qui ne sont combinés qu'à des lits T en l'occurrence.

16. La partie requérante reste bel et bien en défaut de démontrer que la partie adverse aurait commis une erreur manifeste d'appréciation en adoptant l'acte attaqué ou aurait ce faisant violé les articles 10 et 11 de la Constitution.

17. En outre, la partie requérante ne conteste pas les conclusions de Madame le Premier Auditeur selon laquelle «on n'aperçoit pas en quoi un financement lié au type de lits pour lesquels la requérante est agréé serait de nature à violer les règles répartitrices de compétences ou l'agrément dont elle dispose.».

Cette position doit être suivie.

Pour autant que de besoin, la partie adverse renvoie sur ce point aux développements repris dans son mémoire en réponse.

18. Les premier et deuxième moyens doivent dès lors bel et bien être déclarés non fondés".

V.2. Appréciation du Conseil d'État

L'article 2 de l'arrêté royal du 6 septembre 2016 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux insère un nouvel article 61 dans cet arrêté royal du 25 avril 2002, lequel est libellé comme suit :

" Art. 61. En vue de la réalisation du dossier patient informatisé dans les hôpitaux, prévu par le point d'action 2 de la Feuille de route 2.0 du Plan e-Santé, dont le contenu est défini dans le «Belgian Meaningful Use Criteria» (BMUC) repris en annexe 19, un financement forfaitaire est prévu selon les conditions énoncées dans les paragraphes suivants.

§ 1^{er}. Pour les hôpitaux non psychiatriques, à l'exclusion des hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K, une enveloppe de 47.302.521 euros (valeur 1^{er} janvier 2016) est répartie sous forme de forfaits dont les modalités de

calcul sont définies ci-dessous.

1° un socle par hôpital est calculé chaque année et est identique pour chaque hôpital concerné.

Au 1^{er} juillet 2016, il représente 20 % du budget disponible.

Au 1^{er} juillet 2017, il représente 15 % du budget disponible.

Au 1^{er} juillet 2018, il représente 10 % du budget disponible.

Au 1^{er} juillet 2019, il représente 5 % du budget disponible.

Pour bénéficier de ces financements, l'hôpital doit, annuellement, respecter les conditions de transmission des données visées dans l'article 55, § 1^{er}.

Si un hôpital ne respecte pas les conditions de transmission des données visées dans l'article 55, § 1^{er}, le budget octroyé pour l'année concernée est récupéré dans un budget des moyens financiers ultérieur.

Le budget récupéré est redistribué, selon les mêmes modalités, entre les autres hôpitaux lors d'un budget des moyens financiers ultérieur.

2° un socle par lit justifié, et par lit agréé en ce qui concerne les lits des services Sp, Sp soins palliatifs et unités de grands brûlés, est calculé chaque année. Le nombre de lits justifiés est celui calculé dans le budget des moyens financiers de l'exercice de financement précédent. Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année concernée.

Pour les hôpitaux visés à l'article 33, §§ 1^{er} et 2, pour lesquels un nombre de lits justifiés n'a pas été calculé dans le budget des moyens financiers de l'exercice de financement précédent, il est retenu le nombre de lits agréés. Pour la fixation du nombre de lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année concernée. Au 1^{er} juillet 2016, le socle par lit représente 25 % du budget disponible.

Au 1^{er} juillet 2016, le socle par lit représente 25 % du budget disponible.

Au 1^{er} juillet 2017, le socle par lit représente 20 % du budget disponible.

Au 1^{er} juillet 2018, le socle par lit représente 15 % du budget disponible.

Au 1^{er} juillet 2019, le socle par lit représente 10 % du budget disponible.

Pour bénéficier de ces financements, l'hôpital doit, annuellement, respecter les conditions de transmission des données visées dans l'article 55, § 1^{er}.

Si un hôpital ne respecte pas les conditions de transmission des données visées dans l'article 55, § 1^{er}, le budget octroyé pour l'année concernée est récupéré dans un budget des moyens financiers ultérieur.

Le budget récupéré est redistribué, selon les mêmes modalités, entre les autres hôpitaux lors d'un budget des moyens financiers ultérieur.

3° un budget supplémentaire est octroyé aux hôpitaux comme incitant à l'accélération du processus. Ce budget 'accélérateur' est calculé chaque année par hôpital.

Au 1^{er} juillet 2016, il représente 55 % du budget disponible.

Pour en bénéficier, l'hôpital doit avoir envoyé, à l'adresse e-mail ehhealthcare@health.belgium.be, pour le 30 septembre 2016, un plan d'approche décrivant les mesures qu'il va prendre pour implémenter et utiliser effectivement un DPI intégré pour le 1^{er} janvier 2019.

Au 1^{er} juillet 2017, il représente 60 % du budget disponible.

Pour en bénéficier, l'hôpital doit avoir, avant le 30 juin 2017, soit conclu un contrat avec un fournisseur de logiciels pour la mise en oeuvre d'un DPI intégré qui répond aux critères définis dans BMUC dont il fournit une copie au SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement, soit, dans l'hypothèse où l'hôpital choisit de mettre en oeuvre son DPI en interne, fourni au SPF précité des pièces justificatives concrètes permettant d'évaluer le résultat final défini dans la feuille de route.

Au 1^{er} juillet 2018, il représente 65 % du budget disponible.

Pour en bénéficier, l'hôpital doit avoir déterminé, au 1^{er} janvier 2018, une date de mise en oeuvre de son DPI intégré et avoir établi une feuille de route indiquant les dates d'implémentation des quinze fonctionnalités de base décrites dans le BMUC.

L'hôpital est financé, au 1^{er} juillet 2018, au prorata du nombre des quinze critères atteints du BMUC, au 1^{er} janvier 2018, étant entendu qu'un critère atteint ouvre le droit à un quinzième du financement.

Au 1^{er} juillet 2019, il représente 70 % du budget disponible.

Pour en bénéficier, l'hôpital doit respecter tous les critères définis dans le stade 1 du BMUC au 1^{er} janvier 2019.

Au 1^{er} juillet 2016 et au 1^{er} juillet 2017, le budget accélérateur disponible est réparti de manière provisionnelle entre tous les hôpitaux sur base d'un système de points définis ci-après. Il n'est maintenu dans le budget des moyens financiers suivant qu'en cas de respect des conditions définies annuellement ci-dessus.

La répartition du budget s'établit de la manière suivante :

L'hôpital, qui répond aux conditions définies, obtient un point par lit justifié ou par lit agréé si l'hôpital est visé par l'article 33, §§ 1^{er} et 2.

Le nombre de lits justifiés est celui calculé dans le budget des moyens financiers de l'exercice de financement précédent.

Pour la fixation des lits agréés, il est tenu compte du nombre de lits agréés tel que connu par le SPF Santé publique, Sécurité de la Chaîne alimentaire et Environnement au 1^{er} janvier de l'année concernée.

Chaque année, le budget disponible est divisé par la somme des points obtenus pour déterminer la valeur d'un point dans l'enveloppe «accélérateur».

L'hôpital est financé du montant obtenu en multipliant son nombre de points par la valeur du point.

L'hôpital qui ne remplit pas ses obligations se voit récupérer le montant octroyé pour l'année concernée dans un budget des moyens financiers ultérieur.

Le budget financé aux hôpitaux qui ne répondent pas aux conditions est redistribué, selon les mêmes modalités, entre les autres hôpitaux lors d'un budget des moyens financiers ultérieur.

4° un budget supplémentaire est octroyé aux hôpitaux comme incitant à la mise en oeuvre des fonctionnalités de base du BMUC avant le 1^{er} janvier 2019. Ce budget «Early adopter» est calculé chaque année par hôpital.

Au 1^{er} juillet 2017, il représente 5 % du budget disponible.

Au 1^{er} juillet 2018, il représente 10 % du budget disponible.

Au 1^{er} juillet 2019, il représente 15 % du budget disponible.

Chaque budget annuel est réparti entre les hôpitaux selon des modalités à définir par le ministre qui a la Santé publique dans ses attributions.

§ 2. Pour les hôpitaux psychiatriques, les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés Sp soins palliatifs et les hôpitaux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K, une enveloppe de 9.010.004 euros (valeur 1^{er} janvier 2016) est répartie sous forme de forfaits dont les modalités de calcul sont définies ci-dessous.

Les modalités de répartition des budgets au 1^{er} juillet 2016, 1^{er} juillet 2017, 1^{er} juillet 2018 et à partir du 1^{er} juillet 2019 sont identiques à celles prévues dans le § 1^{er}, 1° à 4°.

Pour les financements liés à un nombre de lits, on retient ici le nombre de lits agréés au 1^{er} janvier de l'année concernée.

§ 3. Pour la période du 1^{er} juillet au 31 décembre 2016, un budget supplémentaire de 20,1 millions d'euros, accordé une seule fois en plus des budgets mentionnés ci-dessus, est réparti entre les hôpitaux visés au § 1^{er} et au § 2 selon les mêmes modalités définies au § 1^{er} et au § 2 pour l'année 2016".

Cette disposition doit être lue en combinaison avec l'annexe 19 à l'arrêté royal du 25 avril 2002 précité, annexe dont le contenu est arrêté par l'article 4 de l'arrêté royal du 6 septembre 2016 précité. Cette annexe se lit comme suit :

" Annexe 19 - Les Critères «Meaningful Use» belges (BMUC)

Pour bénéficier du budget visé à l'article 61, 3° et 4°, le dossier patient informatisé

(DPI) intégré doit contenir un certain nombre de fonctionnalités «Meaningful Use» détaillées ci-dessous.

Les fonctionnalités se subdivisent en fonctionnalités de base obligatoires et en fonctionnalités de «menu».

Quinze fonctionnalités de base ont été déterminées. Elles constituent la base d'un DPI intégré sur laquelle d'autres fonctionnalités peuvent être construites.

La série de fonctionnalités «menu» est une liste non exhaustive de fonctionnalités supplémentaires parmi lesquelles l'hôpital doit mettre en oeuvre, au plus tard pour fin 2019, deux fonctionnalités «menu» au choix en plus des quinze fonctionnalités de base.

§ 1^{er}. Les Critères «Meaningful Use» belges pour les hôpitaux visés à l'article 61, § 1^{er}.

A. A. Fonctionnalités de base :

1. Identification unique et description du patient;
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient;
3. Liste des allergies et intolérances;
4. Prescription électronique des médicaments;
5. Interaction entre médicaments;
6. Registre électronique d'administration des médicaments;
7. Module de planning des soins infirmiers;
8. Planning des rendez-vous;
9. Saisie électronique des demandes d'examen pour l'imagerie médicale, pour les laboratoires ou des consultations;
10. Lettre électronique de sortie;
11. Enregistrements des paramètres vitaux;
12. Enregistrement du consentement éclairé du patient;
13. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient;
14. Serveur pour consulter les éléments objectifs du dossier patient;
15. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth.

B. Fonctionnalités «menu» :

- Planification du quartier opératoire;
- Module soins intensifs;
- Systèmes de gestion des données patients;
- Module soins d'urgence;
- Système d'aide à la décision clinique;
- Contrôle avancé des interactions (médicament-allergie, médicament-maladie, médicament-grossesse);
- Prescription de chimiothérapie;
- Localisation fonctionnelle du patient;
- Enregistrement structuré de données médicales;
- Données génétiques;
- Services et applications mobiles de santé (intégration de données de télésurveillance);
- Administration des médicaments en circuit fermé.

§ 2. Les Critères «Meaningful Use» belges pour les hôpitaux visés à l'article 61, § 2.

A. Fonctionnalités de base :

1. Identification unique et description du patient;
2. Liste des problèmes qui contient un résumé de l'histoire médicale du sujet et décrit la situation actuelle du patient;
3. Liste des allergies et intolérances;
4. Prescription électronique de médicaments;
5. Interaction entre médicaments;
6. Registre électronique d'administration des médicaments;
7. Lettre électronique de sortie;
8. Enregistrement du consentement éclairé du patient;
9. Enregistrement des volontés thérapeutiques du patient;

10. Communication automatique avec les HUB's et interactions avec eHealth;
11. Enregistrement et échange d'informations multidisciplinaires;
12. Gestion du plan de traitement interdisciplinaire et des tâches de chaque discipline par le DPI;
13. Enregistrements des isolements;
14. Enregistrement des observations du patient;
15. Intégration des résultats des études qui sont demandés en interne, mais effectuées à l'extérieur.

B. Fonctionnalités «menu» :

- Evaluation régulière de l'état des patients en utilisant des instruments standardisés;
- Possibilité pour le patient d'ajouter directement des données au DPI qui ont un impact sur le traitement pendant l'hospitalisation;
- Médecins de garde en dehors de l'hôpital peuvent accéder au dossier du patient et prescrire des médicaments;
- Planification de la thérapie pour le patient;
- Mesures restreignant la liberté physique, autre que l'isolement".

Il ressort, par ailleurs, de la demande d'avis adressée le 9 mars 2016 par la ministre des affaires sociales et de la santé publique au Conseil national des établissements hospitaliers que l'intention de la ministre des affaires sociales et de la santé publique était de procéder à une répartition globale du budget destiné au financement du "dossier patient informatisé" (ci-après désigné "D.P.I.") entre hôpitaux généraux et hôpitaux psychiatriques, selon une clé conduisant à réserver 84 % aux premiers et 16 % aux seconds.

Cette intention, quant à la répartition globale des moyens de financement, s'est concrétisée dans l'adoption de l'acte attaqué, ainsi que l'atteste l'importance relative des montants respectivement fixés aux §§ 1^{er} et 2 de l'article 61, ainsi inséré.

Les débats suscités dans le cadre de la présente procédure font apparaître que, confrontée à la nécessité de tenir compte de plusieurs catégories d'hôpitaux pour organiser la répartition du financement destiné au D.P.I., comme elle l'est d'ailleurs pour l'ensemble du financement des hôpitaux, la partie adverse avait, dans l'absolu (et sans préjuger de la légalité de chacune de ces options), le choix entre diverses modalités. Ceci explique que le système de financement du D.P.I. mis en place par l'acte attaqué, et qui repose sur la distinction des deux catégories d'hôpitaux bénéficiaires ainsi définies, procède d'un choix en opportunité.

Dans l'adoption d'une décision qui procède d'un choix en opportunité, l'autorité reste tenue par l'obligation de faire reposer cette décision sur des motifs exacts, pertinents et légalement admissibles. Par ailleurs, et toujours à l'égard d'une telle décision, s'il n'est pas de la compétence du Conseil d'État de juger de l'opportunité de la mesure litigieuse, il lui appartient cependant de vérifier si, dans l'exercice de son pouvoir discrétionnaire, l'autorité administrative a respecté le droit

applicable et n'a pas commis d'erreur manifeste d'appréciation. L'exercice de ce contrôle, ainsi délimité, exige, avant tout, que les motifs de l'acte attaqué apparaissent clairement soit de l'énoncé de celui-ci, soit des pièces du dossier administratif établi au cours de la procédure d'élaboration de l'acte.

C'est précisément le choix posé en opportunité par la partie adverse qui est critiqué – sous des aspects propres à chacun – par les premier et deuxième moyens soulevés à l'appui de la requête.

Le premier moyen est pris "de la violation des principes de proportionnalité, de l'absence de motifs de droit et de faits, de l'erreur manifeste d'appréciation, de la violation de l'obligation de motivation matérielle de tout acte administratif, de l'interdiction de l'arbitraire et de la nécessité de faire reposer toute décision sur des motifs exacts, pertinents et admissibles et de l'excès de pouvoir"; il dénonce, en substance, l'absence de motif, susceptible de justifier le système de financement du "dossier patient informatisé" qui – par la classification contestée – a pour effet de faire bénéficier la requérante d'un financement moindre que celle qu'elle se verrait allouer si la catégorie d'hôpitaux de laquelle elle déclare relever (soit ceux "qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K", hôpitaux qualifiés d' "hybrides")) n'était pas – dans ce système de financement – dissociée de celle des hôpitaux généraux. Ce faisant, la requérante reproche essentiellement à la partie adverse d'avoir méconnu l'obligation de motivation matérielle qui lui incombait dans l'adoption de l'acte attaqué.

Il est à relever, par ailleurs, que le deuxième moyen critique, quant à lui, directement la distinction que la requérante décèle dans le système de financement litigieux et qui, à son estime, méconnaît notamment les articles 10 et 11 de la Constitution. En termes de requête, il est pris "de la violation des articles 10 et 11 de la Constitution, de l'excès de pouvoir, de l'erreur manifeste d'appréciation, de l'article 105 de la loi du 10 juillet 2008 sur les hôpitaux et autres établissements de soins, de l'article 5, § 1^{er}, I, alinéa 1^{er}, 1^o, de la loi spéciale du 8 août 1980". Dans son mémoire en réponse, la partie adverse consacre de longs développements à démontrer que la classification opérée par l'article 61 de l'arrêté royal du 25 avril 2002 prend appui sur les deux listes de fonctionnalités susceptibles de devoir être rencontrées par les hôpitaux, listes arrêtées par l'annexe 19 à ce même arrêté royal, et au regard desquelles aurait précisément été établie cette classification contestée.

Conformément à ce qui vient d'être rappelé en termes généraux, l'examen des deux premiers moyens impose, avant tout, d'identifier les motifs sur lesquels la partie adverse fait reposer le dispositif de répartition des moyens de financement organisé par les dispositions attaquées.

À cet égard, la lecture de l'acte attaqué et du dossier d'élaboration de celui-ci ne permet d'identifier aucun élément susceptible d'être considéré comme ayant déterminé la partie adverse à adopter la classification sur laquelle repose le financement du D.P.I. fixé par l'acte attaqué.

L'arrêté attaqué pourrait certes, parmi plusieurs interprétations plausibles, s'entendre en ce sens que la classification des hôpitaux susceptibles de bénéficier du financement prévu pour le D.P.I. a été opérée selon que les besoins de ceux-ci portent sur les fonctionnalités définies au paragraphe premier de l'annexe 19 à l'arrêté royal du 25 avril 2002 ou au paragraphe 2 de cette même annexe. Rien n'indique toutefois qu'il s'agit là du motif qui a déterminé la partie adverse à décider de la classification contestée. Deux observations doivent être formulées à cet égard.

- D'une part, le dossier administratif ne contient aucun indice de ce que la partie adverse aurait entendu procéder conformément à une telle approche, dont elle fait seulement état dans le cadre de la procédure devant le Conseil d'État. A le supposer pertinent, le lien entre les besoins des hôpitaux et les listes de fonctionnalités définies à l'annexe 19 n'apparaît donc pas être un motif antérieur à l'adoption de l'acte attaqué et identifiable comme tel dans le dossier d'élaboration de celui-ci.
- D'autre part, dans le contexte d'adoption de l'acte attaqué et à défaut d'indications utiles dans le dossier administratif, il ne peut être exclu que d'autres considérations auraient déterminé la partie adverse à agir dans le sens fixé par cet acte, telle une volonté de dissocier, pour les (ou, à tout le moins, certains) aspects de leur financement, le sort des hôpitaux dits "hybrides" de celui des hôpitaux généraux. L'hypothèse d'une telle motivation ne peut, à tout le moins, être tenue pour invraisemblable au vu de ce que, à une époque presque contemporaine de celle d'adoption de l'acte attaqué, la partie adverse a déjà exprimé cette volonté et l'a traduite dans l'adoption de plusieurs décisions relatives au financement des hôpitaux et réservant un sort similaire à ces hôpitaux "hybrides". À cet égard – et sans apprécier, à ce stade, l'argument que la requérante prétend en tirer au soutien du premier moyen – la référence que

contient la requête à certains avis et décisions antérieurs cités ne peut être négligée.

A défaut de pouvoir identifier le (ou les) motif(s) de l'acte attaqué, le Conseil d'État n'est pas en mesure de vérifier si, en prenant les dispositions attaquées, la partie adverse a exercé son pouvoir d'appréciation dans le respect du droit (et notamment des articles 10 et 11 de la Constitution, dont la violation est invoquée par le deuxième moyen) et sans commettre d'erreur manifeste.

Les arguments développés par la partie adverse en réponse au premier moyen appellent, par ailleurs, les observations suivantes :

- Sans doute la pertinence de la demande d'avis du 1^{er} juin 2015 et de l'avis qui s'en est suivi peut-elle être mise en doute "dès lors que ces documents concernent d'autres financements que ceux prévus à l'article 2 de l'arrêté royal attaqué"; il ne peut, en effet, s'agir, en tant que tels, de motifs de l'acte attaqué sur lesquels porterait utilement une critique formulée à l'appui du moyen. Cela n'affecte toutefois en rien le constat qu'aucun motif de l'acte attaqué ne peut, par ailleurs, être identifié. Il s'indique, à ce propos, de relever que la partie adverse se borne à critiquer la pertinence de ces documents, mais reste en défaut d'identifier dans l'acte attaqué ou l'une des pièces du dossier administratif le motif sur lequel elle s'est fondée pour adopter la distinction contestée et se montre ainsi en peine de contester utilement la critique du défaut de motifs. En outre, la partie adverse ne peut, sans faire preuve d'incohérence, insister sur la spécificité du financement litigieux (qui distinguerait celui-ci des financements précédemment en cause et exclurait, en l'espèce, la pertinence d'observations formulées à leur propos) et, dans le même temps, rester en défaut de faire apparaître ce qui l'a précisément déterminée, dans le cas d'espèce, à fixer ce financement de la manière que révèle l'acte attaqué.
- Que la partie adverse ait pu, ou non, se départir des avis émis par le C.N.E.H. sans en expliciter les motifs n'affecte pas davantage le constat qu'aucun motif de l'acte attaqué ne peut être identifié.
- S'agissant de l'argumentation qui, aux points 22 et 23 du mémoire en réponse, amène la partie adverse à conclure à l'irrecevabilité du moyen, force est de suivre la requérante lorsque celle-ci déclare, dans son mémoire en réplique, ne pas être "en mesure de critiquer, de manière circonstanciée, les motifs de la décision de financer les hôpitaux généraux qui ne disposent que de lits agréés sous l'indice G et/ou l'indice Sp en combinaison avec des lits agréés sous les indices A, T ou K puisque, contrairement aux cas des arrêts cités, la partie adverse n'a, en l'espèce, donné aucun motif".

- Enfin, le constat qu'aucun motif ne peut être identifié à la lecture de l'acte attaqué ou du dossier de son élaboration emporte démonstration de l'illégalité de celui-ci quant à sa motivation matérielle, sans que le Conseil d'État ait à "statuer en opportunité".

Au vu des considérations qui précèdent, le moyen, qui met en cause la motivation matérielle de l'acte attaqué, doit être déclaré fondé, à défaut de pouvoir identifier les motifs antérieurs à l'adoption de celui-ci.

Il n'y a pas lieu d'examiner les deuxième et troisième moyens qui, à les supposer fondés, ne pourraient entraîner une annulation plus étendue de l'acte attaqué.

VII. Indemnité de procédure et autres dépens

La requérante adverse sollicite une indemnité de procédure de 700 euros.

La partie adverse ne fait état d'aucun élément dont le Conseil d'État pourrait tenir compte pour réduire le montant de l'indemnité sollicitée.

Il y a lieu, en conséquence, de faire droit à la demande d'indemnité de procédure de la requérante.

L'annulation de l'acte attaqué justifie, par ailleurs, que les autres dépens soient laissés à la partie adverse.

PAR CES MOTIFS, LE CONSEIL D'ÉTAT DÉCIDE :

Article 1^{er}.

Sont annulés les articles 2 et 4 de l'arrêté royal du 6 septembre 2016 modifiant l'arrêté royal du 25 avril 2002 relatif à la fixation et à la liquidation du budget des moyens financiers des hôpitaux.

Article 2.

Le présent arrêt sera publié par extrait au *Moniteur belge*.

Article 3.

La partie adverse supporte les dépens, à savoir le droit de rôle de 200 euros et l'indemnité de procédure de 700 euros accordée à la requérante.

Ainsi prononcé à Bruxelles, en audience publique de la VI^e chambre, le trente et un octobre deux mille dix-neuf par :

Imre KOVALOVSKY,	président de chambre,
David DE ROY,	conseiller d'État,
Marc JOASSART,	conseiller d'État,
Katty LAUVAU	greffier.

Le Greffier,

Le Président,

Katty LAUVAU.

Imre KOVALOVSKY.