



PRÉSENTATION À LA PRESSE DES TROIS RAPPORTS DE LA COUR DES COMPTES SUR LE SECTEUR HOSPITALIER

Jeudi 12 octobre 2023, 9h30

Cour des comptes

Discours de Pierre Moscovici,
Premier président de la Cour des comptes

Mesdames et Messieurs,

Bonjour et merci pour votre présence aujourd'hui. Je me réjouis de vous accueillir afin de vous présenter trois rapports de la Cour portant sur le secteur hospitalier dans le contexte post-crise covid-19.

À mes côtés, se tiennent **Véronique HAMAYON**, présidente de la sixième chambre chargée des contrôles sur la sécurité sociale, ainsi que **Luc MACHARD**, **Yves COLCOMBET**, **Vincent DALMAIS** et **Jennifer BOUAZIZ**, quatre des magistrats qui ont travaillé aux rapports qui nous réunissent aujourd'hui. Je souhaite les remercier, ainsi que l'ensemble des équipes qui ont contribué à ces travaux, à la Cour et dans les chambres régionales des comptes pour le troisième rapport. Il était important, en effet, que la Cour des comptes analyse les motifs de la crise financière qui affecte l'hôpital malgré les moyens très importants qui lui sont alloués, et apporte ses propositions pour une meilleure utilisation de l'argent public.

La Cour a souhaité une présentation conjointe de ces trois rapports, de manière à fournir au citoyen la vision la plus globale possible sur le service rendu par les hôpitaux.

La crise sanitaire a mis en tension extrême le secteur hospitalier et en a durement et profondément affecté le fonctionnement. S'il en était encore besoin, chacun a pu se rendre compte de ses fragilités. Or, nous sommes, toutes et tous, particulièrement attachés à la place qu'occupe l'hôpital dans notre pays. L'hôpital permet un égal accès à des soins de qualité à chacun, indépendamment de ses revenus et de sa condition. Il forme les praticiens de demain et se doit d'être à la pointe de l'innovation en santé.

Il ne s'agit donc rien moins, dans ces trois rapports, que de préserver l'hôpital. Nous avons une obligation de résultats. Le préalable en est que les moyens financiers supplémentaires qui ont été décidés soient efficacement utilisés.

La Cour analysé la situation sous 3 angles :

- **premièrement**, celui de la réponse apportée par le Gouvernement à la situation financière dégradée des hôpitaux publics et de la mise en place des engagements pris lors du Ségur de la santé en mai 2020 pour amorcer leur désendettement et relancer leurs investissements ;

- **deuxièmement**, celui des modalités de financement des hôpitaux, en se concentrant sur le modèle de la tarification à l'activité, plus communément appelée T2A. Cette dernière représente 60 % des recettes d'assurance maladie des hôpitaux publics, 70 % pour les établissements privés non-lucratifs et 80 % pour les cliniques privées à but lucratif ; ce deuxième rapport a été publié dès cet été pour éclairer les réflexions du ministère chargé de la santé sur l'évolution des modalités de la tarification ;

- **troisièmement**, et enfin, la Cour a analysé la situation sous l'angle des rapports de concurrence et de complémentarité entre établissements de santé publics et privés, à but lucratif ou non.

Ces rapports interviennent dans un contexte de pertes financières sans précédent pour les hôpitaux publics. Celles-ci ont atteint, selon les analyses de la Cour, 1,3 Md€ en 2022. Il faut remonter à 2007 pour approcher ce niveau de pertes. Une telle situation financière n'est tout simplement pas tenable et appelle des réponses structurelles pour garantir la qualité et la sécurité des soins et équilibrer les comptes des hôpitaux publics.

Le travail fourni par la Sixième chambre de la Cour apporte une analyse précise, assortie de recommandations, pour éclairer le débat public au moment où le Parlement s'apprête à voter l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (dans le cadre du projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2024), et tandis que le Gouvernement prépare une réforme de la tarification à l'activité.

*

**Avant toute chose, je tiens à revenir sur trois éléments structurants concernant l'hôpital, et qui doivent, à mes yeux, être à l'esprit de chacun au moment d'évoquer ce sujet :
Premièrement, les ressources humaines constituent une préoccupation majeure, et je tiens à insister sur ce point.**

Certes, l'effectif salarié des hôpitaux publics a augmenté de 2,7 % depuis 2018, et dépasse 1 million de personnes. Et le Gouvernement a décidé d'importantes revalorisations salariales pour répondre aux enjeux d'attractivité. Après une montée en charge progressive depuis 2020, le montant des revalorisations s'élève désormais, en 2023 et pour l'avenir, à + 7,6 Md€ en année pleine, par rapport à 2020.

Mais les ressources humaines sont de plus en plus contraintes, en raison du manque de profils spécialisés, comme les infirmières et infirmiers de bloc opératoire et d'une augmentation du nombre de soignants par patient dans ces mêmes blocs. Cela résulte aussi

d'une hausse de l'absentéisme après la crise sanitaire ou encore de difficultés croissantes à mobiliser le personnel soignant pour assurer des gardes et astreintes de nuit ou de week-ends.

Deuxièmement, la réduction de l'activité des hôpitaux publics, brutale en 2020, n'est pas uniquement liée à la crise sanitaire.

Elle résulte aussi d'une tendance de fond : à la fin de l'année 2022, une majorité des hôpitaux publics n'avait pas retrouvé le niveau d'activité de 2019, contrairement aux cliniques privées à but lucratif ou non.

Exception faite des services d'urgence, qui sont je le rappelle de plus en plus souvent débordés par les crises et par la difficulté croissante de faire participer la médecine de ville à la permanence des soins, la population prise en charge par l'hôpital public a diminué. Le nombre de patients s'est réduit et ces patients restent moins longtemps à l'hôpital. Cela est dû au développement de l'ambulatoire et à la prise en charge des soins de réadaptation ou de rééducation en dehors des services d'aigu, et de plus en plus à domicile.

La capacité d'accueil de l'hôpital public, notamment la nuit et le week-end est aussi de plus en plus contrainte. Le manque de personnel conduit à des fermetures de lits et à des restrictions de fonctionnement des blocs opératoires. Pour les éviter, certains hôpitaux recourent à des expédients coûteux comme les heures supplémentaires ou l'intérim, phénomène sur lequel la Cour est en train de se pencher. Face à ces situations, l'organisation d'un territoire donné pourrait être repensée, notamment en intégrant mieux les moyens du secteur public et du secteur privé libéral.

Troisièmement, il faut prendre garde aux effets trompeurs des présentations qui se réfèrent à des moyennes. Il n'y a pas un hôpital mais des hôpitaux aux situations toujours spécifiques selon leur taille, leur localisation, leurs spécialités médicales, les conditions de leur gestion et leur histoire.

De même, les relations entre hôpitaux publics et cliniques privées ne doivent pas être appréhendées de manière théorique à l'échelle nationale. Elles doivent plutôt l'être de manière pragmatique, avec une grande attention portée à chaque territoire, en fonction des besoins de la population, de la nature de l'équipement hospitalier, du potentiel d'activité des divers établissements de santé.

La T2A a aussi des effets différenciés selon les capacités des établissements, selon les dominantes de leur activité, selon les caractéristiques de la patientèle qui les sollicite.

En termes financiers, un tiers des hôpitaux publics maintient ainsi des excédents de gestion suffisants pour financer les investissements courants, un autre tiers concentre les difficultés financières, le dernier tiers enfin se situe autour de l'équilibre.

En outre, les situations ne sont pas figées : certains hôpitaux améliorent fortement leurs résultats alors que la situation d'autres se dégrade. Les solutions générales ne suffisent

donc pas pour résoudre la crise de l'hôpital. Un suivi fin de chaque établissement est nécessaire pour définir des solutions adaptées à sa situation particulière.

Il me semblait important de souligner, en préambule, ces trois enjeux déterminants : les ressources humaines, l'activité, les spécificités des situations locales, pour mieux comprendre les tensions rencontrées par l'hôpital en France. Chacun des trois rapports dont je vais vous faire maintenant la présentation succincte relève de ces enjeux, en tout ou en partie.

*

J'en viens au premier rapport publié aujourd'hui, portant sur la situation financière des hôpitaux publics après la crise sanitaire.

Il faut reconnaître que le Gouvernement a réagi, dès mars 2020, en déployant des dispositifs exceptionnels de soutien financier.

Ceux-ci ont permis d'éviter que les baisses importantes d'activité des hôpitaux publics, ainsi que les surcoûts liés à la prise en charge des patients atteints de covid-19, ne pèsent sur l'état de leurs finances. A posteriori, la Cour regrette néanmoins le manque de pilotage et de contrôle de ces montants répartis dans l'urgence, qui n'ont pas toujours été alloués là où les besoins étaient les plus importants.

Par ailleurs, les hôpitaux ont bénéficié de ressources nouvelles pour financer les revalorisations de salaires accordées dans le cadre des accords du Ségur de la santé. En conséquence, en 2020 et en 2021, les recettes des hôpitaux publics ont globalement évolué à la hausse, et leurs résultats financiers se sont plutôt améliorés, malgré une activité plus faible pendant la crise sanitaire.

En 2022, en revanche, on constate une forte dégradation des résultats, qui touche à la fois les budgets principaux et les budgets annexes. Les Ehpad rattachés à des hôpitaux publics, notamment, sont devenus très déficitaires. Cette dégradation des résultats financiers devra faire l'objet d'un examen approfondi. Elle est liée en première analyse à l'activité toujours atone de nombreux hôpitaux publics (hors services d'urgence), d'une part. Elle est liée d'autre part à une insuffisante prise en compte, dans les ressources supplémentaires accordées par l'État, des augmentations de salaires consenties au niveau national dans le cadre du Ségur de la santé.

Le Ségur de la santé a aussi eu pour ambition d'engager des mesures structurelles de redressement financier de l'hôpital : 6,5 Md€ ont été ainsi alloués au soutien de la restauration des capacités financières des établissements publics et privés non-lucratifs, tandis que 9 Md€ ont été accordés au soutien de la relance de l'investissement hospitalier. Ces sommes ont été financées par un emprunt contracté par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, pour 13 Md€, et par un concours de l'Union européenne dans le cadre du plan de relance pour 2,5 Md€.

À cet égard, le rapport insiste sur deux préoccupations.

La première enveloppe de 6,5 Md€, destinée à restaurer les capacités financières, aurait dû soulager les hôpitaux les plus endettés. L'endettement global des hôpitaux publics atteint en effet 30 Md€ ; il est très concentré, et fait peser une forte contrainte sur l'investissement de nombre d'entre eux. Cependant, le choix a été fait de saupoudrer le versement au plus grand nombre, plutôt que de le concentrer sur les établissements les plus en difficulté.

Par ailleurs, le mode de répartition des aides, par deux voies distinctes - administration centrale et ARS-, a donné lieu à des biais importants et à des répartitions non-homogènes sur le territoire, parfois non-conformes à leur objet. La Cour a ainsi constaté que le montant alloué au désendettement de certains hôpitaux était supérieur à leur dette. En outre, ces aides, versées dans des délais resserrés, n'ont pas systématiquement donné lieu à des contreparties de réduction des dépenses courantes et d'amélioration du service, contractuellement définies avec les ARS. C'est pourtant un point clef pour s'assurer que le désendettement est effectif et durable.

Malgré le versement de ces subventions à partir de 2021, l'endettement global de l'hôpital public et le nombre d'hôpitaux surendettés sont repartis à la hausse en 2022. La Cour recommande donc de conditionner le versement du reliquat de ces aides aux établissements les plus en difficulté, par la définition de stratégies individuelles de rétablissement, dans le cadre de l'offre régionale de santé.

La deuxième enveloppe, d'un montant de 9 Md€, est destinée à la relance de l'investissement hospitalier ; elle doit permettre de remédier à la vétusté des équipements médicaux et des bâtiments. Les ARS sont chargées de mettre en œuvre ce plan d'investissement, en relation avec les acteurs locaux, dans le cadre de stratégies régionales définies.

Là encore, la Cour a constaté que le nombre de projets d'investissement sélectionnés est trop élevé. Comme ce fut déjà le cas dans les plans précédents, Hôpital 2007 et Hôpital 2012, il en résulte des taux d'aide par projet trop faibles au regard des besoins. À nouveau, les subventions sont saupoudrées.

La réalisation des investissements, si les projets étaient poursuivis dans ces conditions, contraindrait les hôpitaux publics à devoir de nouveau s'endetter – ceci au risque d'une nouvelle dérive de leur situation financière et d'une fragilisation supplémentaire de leur gestion quotidienne. Ce risque est d'autant plus fort dans un contexte d'augmentation du coût de la construction et de hausse des taux d'intérêt d'emprunt. À enveloppe d'aide aux investissements structurants donnée, la Cour estime donc indispensable de revoir la stratégie de programmation des projets d'investissements du Ségur, en priorisant les projets ou en échelonnant leur mise en œuvre dans le temps.

Ainsi, tant pour le désendettement des hôpitaux que pour la relance de l'investissement, la Cour a constaté un défaut de pilotage qui n'a pas permis d'arbitrer entre les priorités ni de s'assurer que les moyens supplémentaires alloués ne soient pas dilués.

Il est toutefois encore possible de redresser la barre si des efforts de rationalisation sont demandés aux établissements les plus déficitaires, et si le choix des projets d'investissement est plus sélectif. La Cour invite l'État à réorienter les politiques structurelles afin qu'elles soient plus efficaces.

*

Le deuxième rapport que je souhaiterais vous présenter a, je le rappelle, déjà été publié en juillet. Mais il s'intègre parfaitement dans la réflexion globale que je développe aujourd'hui devant vous.

Dans ce rapport, la Cour s'est intéressée aux vertus et aux limites de la tarification à l'activité (T2A) et aux adaptations à y apporter. La Cour s'inscrit dans le calendrier des travaux du Gouvernement sur la réforme de la tarification hospitalière annoncé par le Président de la République en janvier 2023. Les règles de tarification sont appelées à évoluer selon des modalités qui devront être définies à partir de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2024.

Permettez-moi brièvement de rappeler d'où nous partons. La T2A consiste en un paiement par l'assurance maladie d'un tarif préalablement défini, et appliqué à chaque séjour d'un patient dans un hôpital. Mise en œuvre progressivement à partir de 2004, elle a remplacé pour les hôpitaux publics le versement de dotations globales forfaitaires.

L'enjeu pour les finances des hôpitaux est crucial puisque, comme je l'ai indiqué, plus de la moitié des recettes versés par l'assurance maladie aux hôpitaux publics et aux cliniques privées repose sur les produits de la tarification des séjours. *La Cour estime que la T2A est un outil utile et performant de rationalisation du système de santé et de la régulation des dépenses d'assurance maladie.*

En effet, en reposant sur une information détaillée et homogène, la T2A a permis de rendre plus objective la connaissance des coûts des établissements. Elle est basée sur une nomenclature médico-économique fondée sur une étude nationale des coûts. La répartition des financements entre établissements est ainsi devenue plus équitable, en tenant compte des coûts et du dynamisme de l'activité de chaque établissement.

La T2A est aussi un outil permettant d'orienter l'offre de soins en fonction de priorités de santé publique. Cela passe par la pondération de certains tarifs (traitement du cancer par exemple). En outre, la T2A permet d'organiser les soins (développement de la chirurgie ambulatoire) ou de faire évoluer les pratiques, comme le fait de privilégier l'accouchement par voie basse par rapport au recours à la césarienne.

En introduisant une logique médico-économique à même de permettre un meilleur pilotage budgétaire, la T2A a incité à la maîtrise des charges d'exploitation, et contribué à faire progresser l'organisation des soins et le pilotage des établissements de santé. In fine, la T2A a permis une régulation plus efficiente des dépenses d'assurance maladie.

La Cour a constaté l'attachement de l'ensemble des acteurs hospitaliers au maintien d'une part prépondérante de tarification à l'activité dans le financement des établissements de santé, au regard des avantages indéniables de ce système de tarification. Cependant, il est clair que les modalités de mise en œuvre de la T2A ont contribué à la délégitimer en partie.

La Cour identifie trois limites au pilotage et à l'utilisation générale de la T2A, pour l'allocation des financements de l'assurance maladie aux établissements hospitaliers publics et privés :

- **premièrement la T2A est devenue trop complexe, avec notamment plus de 3600 « groupes homogènes de séjours », c'est-à-dire de tarifs ;** la multiplication de tarifs entraînée par cette complexité réduit la marge de manœuvre du régulateur, et nuit à la mutualisation des coûts des pratiques médicales traitant la même pathologie ;

- **deuxièmement, des distorsions excessives entre les tarifs et les coûts ont été constatées, en contradiction avec le principe de neutralité tarifaire, entraînant des situations durables de « sur » et de « sous » -financement.** Ces distorsions du « signal prix », qu'elles aient été ou non volontaires, ont eu des incidences, parfois mal anticipées et sans rationalité économique globale, sur l'organisation des soins et sur la répartition des spécialités entre les hôpitaux publics et les cliniques privées ;

- **troisièmement, la volonté de faire respecter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie a conduit les pouvoirs publics à faire évoluer les tarifs de façon homothétique, en fonction d'objectifs globaux de réduction de dépenses, et non en fonction de la réalité des coûts.** L'outil de tarification s'est déformé en devenant un instrument important de régulation budgétaire pour contenir la dépense hospitalière, au détriment de la situation financière des établissements.

Ces limites ne conduisent toutefois pas la Cour à remettre en cause la tarification à l'activité. En raison de ses bénéfices sur la rationalisation du système de santé et sur la régulation des dépenses d'assurance maladie, la Cour recommande de maintenir une part prépondérante de financement des établissements hospitaliers fondée sur la T2A.

Toutefois ces limites invitent à des évolutions de l'outil de tarification, que l'Agence technique sur l'information de l'hospitalisation (ATIH) est en mesure de conduire, pour peu qu'elle soit soutenue par ses tutelles. Le pilotage de la tarification doit être rénové par un renforcement de l'ingénierie financière, une meilleure représentativité de l'étude nationale des coûts, des délais plus courts de collecte des données et de construction des tarifs, une meilleure lisibilité, ainsi qu'une plus grande neutralité tarifaire.

Cette rénovation de l'outil doit s'accompagner d'une consolidation des outils connexes. Je pense notamment à la comptabilité analytique hospitalière et au codage médico-économique de l'activité hospitalière.

Enfin, la maîtrise des dépenses de l'hôpital ne doit plus reposer seulement sur la tarification ; d'autres outils doivent concourir à cette maîtrise, comme l'ajustement des dotations ou une réserve prudentielle accrue.

*

Le troisième rapport porte sur la relation de concurrence, mais aussi de complémentarité, entre les établissements de santé publics et privés, et les enjeux d'une meilleure coordination. La crise de covid-19 a mis en lumière l'importance de cet enjeu de coordination à l'échelle des territoires.

À cet égard, deux constats peuvent être faits. D'une part, la diversité des statuts et des modalités de fonctionnement des établissements hospitaliers est un élément positif : la concurrence respecte le principe fondamental du libre choix du patient ; elle stimule l'innovation et l'évolution des pratiques au bénéfice de la qualité des soins.

D'autre part, le développement de coopérations entre le public et le privé est nécessaire, particulièrement dans les territoires où l'offre hospitalière est à peine suffisante et ne permet pas un accueil et un traitement des patients dans les meilleures conditions.

Après la première vague de covid-19, des coopérations se sont ainsi organisées pour l'accès aux soins critiques, spontanément ou sous l'impulsion des ARS. Elles doivent aujourd'hui être développées pour permettre des conditions de traitement optimales des patients dans tous les territoires, en surmontant les clivages historiques entre les secteurs hospitaliers public et privé.

Si la complémentarité est ainsi souhaitée et parfois organisée, notamment dans les villes moyennes, la concurrence demeure, dans l'ensemble, plus subie que pilotée, conduisant à un partage implicite de l'activité dans la plus grande partie des territoires.

L'hôpital public est très présent dans les soins non programmés en médecine et en obstétrique mais relativement peu en chirurgie. Dans le domaine de la chirurgie, la possibilité de programmer les interventions en général et les tarifs de la T2A sont plus favorables au secteur privé lucratif.

En revanche, les cliniques privées sont moins présentes dans les services d'urgence et de soins critiques, parfois faute d'obtenir aisément des ARS les autorisations nécessaires. Et les ARS ne peuvent pas conditionner la délivrance d'autorisations de chirurgie ou de médecine à des cliniques par des engagements d'accessibilité des soins en contrepartie.

Ces différences de spécialisation entraînent des écarts dans la typologie des patients pris en charge. L'hôpital public accueille, via les services d'urgence des patients plus démunis, aux pathologies plus nombreuses, plus complexes et d'un niveau de sévérité plus élevé.

Au niveau local, l'hôpital public est présent sur la quasi-totalité des besoins de soins aigus dans son territoire. Il subit une concurrence du secteur privé dans les grandes agglomérations et dans les zones urbaines dont la population croît, là où un opérateur privé peut viser un équilibre économique en touchant une clientèle solvable.

Enfin, même si les règles de financement se sont rapprochées, on observe des disparités importantes dans les statuts et les formes juridiques, dans les modes de soutien financier et de contrôle par l'Etat, et dans les régimes sociaux et fiscaux.

Il existe une notion-clé, qui pourrait permettre d'harmoniser les conditions de concurrence et de coopération entre les diverses catégories d'établissements, en fonction des besoins de la population : il s'agit du « service public hospitalier », créé par la loi dite Boulin du 31 décembre 1970.

Cette notion exclut aujourd'hui de son champ d'application le secteur privé lucratif. Or, lorsque cela est utile dans les territoires, des cliniques privées pourraient, pour tout ou partie de leur activité, répondre aux besoins de prise en charge, tels que définis par les ARS, dans un cadre contractualisé avec elles. Ces contrats prendraient en compte les critères d'accueil adapté des patients, de permanence des soins et d'égalité financière d'accès, correspondant aux exigences du service public.

La Cour invite en conséquence à développer l'articulation entre autorisations d'activité et obligations de service public.

Le point de divergence principal entre hôpitaux publics et cliniques privées à but lucratif porte sur les conditions de rémunération des praticiens, et donc sur l'étendue des dépassements de tarifs opposables. *Pourtant, la frontière entre les deux secteurs est devenue plus poreuse, avec, d'une part, le développement de l'activité libérale des praticiens hospitaliers publics, et d'autre part, la prise en compte du secteur privé et libéral dans les plans régionaux de santé par les ARS.*

La Cour estime donc que les modalités de la coexistence des hôpitaux publics et des cliniques privées sur les territoires doivent être mieux organisés, afin d'assurer un service de qualité à l'ensemble des patients. Les pouvoirs dont disposent les ARS, notamment l'octroi des autorisations d'activité, pourraient être utilisés plus largement. Ils pourraient avoir pour but d'élargir au secteur privé à but lucratif l'organisation du service public hospitalier. Cela permettrait notamment l'amélioration des conditions de prise en charge des patients dans les territoires sous-dotés, ou l'accès à certains équipements lourds.

Il existe néanmoins une condition essentielle de la participation de cliniques privées au service public hospitalier : la prise en charge ne doit pas se traduire, pour les patients, par une augmentation de leur reste à charge, après la prise en compte des assurances

complémentaires de santé. C'est la raison pour laquelle la Cour recommande, et je l'ai déjà évoqué il y a quelques instants, d'introduire cette condition dans la délivrance des autorisations d'activités de soins.

Mesdames et Messieurs,

Me voici arrivé au terme de la présentation de ces trois rapports. Nous ne pouvons pas nous satisfaire de la situation actuelle de l'hôpital.

Les premières réponses apportées nous paraissent aller dans le bon sens pour répondre aux principaux enjeux ; j'en veux pour preuve notamment la réforme des autorisations d'activité de soins, les revalorisations salariales, les mesures de désendettement et de relance de l'investissement.

Les recommandations de la Cour insistent sur les conditions indispensables pour assurer la pleine efficacité de ces mesures.

S'il fallait retenir une seule orientation commune à ces trois rapports, ce serait celle de la nécessité d'une meilleure prise en considération des spécificités de chaque établissement : le territoire qu'il dessert, les besoins de sa population, les contraintes de sa gestion, la qualité des soins qu'il rend, l'activité qui lui est demandée et qu'il accomplit effectivement, qu'il soit public ou privé. C'est tout l'enjeu de la nouvelle génération de projets régionaux de santé 2023-2028.

Pour répondre aux besoins, les services de l'État, directions ministérielles et ARS, disposent d'importants leviers réglementaires et financiers : la délivrance des autorisations, la définition du service public hospitalier, la réforme de la tarification à l'activité, les subventions allouées pour le désendettement et pour l'investissement. Ces leviers doivent conforter les établissements hospitaliers, publics et privés, dès lors qu'ils permettent de mieux répondre aux besoins de service public, pour tous les patients et dans les mêmes conditions de soin.

Je vous remercie pour votre attention et me tiens, avec les magistrats qui m'entourent, et que je remercie à nouveau chaleureusement de leur travail, à votre disposition pour répondre à vos interrogations.