

CONCLUSIONS

M. Luc DEREPAS, rapporteur public

La tarification à l'activité (T2A) des établissements de santé, instaurée depuis 2005, se traduit par l'édition chaque année d'un ensemble de données gigognes aboutissant aux tarifs appliqués aux prestations de ces établissements. Dans le cadre de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé chaque année par la LFSS, le gouvernement arrête un sous-objectif pour l'ensemble des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie des établissements de santé (art. L. 162-22-9 du CSS). Puis le gouvernement adopte chaque année les tarifs des prestations des établissements de santé, de façon à ce qu'au regard des prévisions d'activités des établissements, le produit de ces tarifs par le nombre de prestations soit compatible avec l'ODMCO. Ces tarifs sont élaborés sur la base de groupes homogènes de séjours (GHS), autrement dit de séjours-types représentatifs des différentes pathologies traitées. Les assurés sociaux sont remboursés sur la base des tarifs ainsi fixés.

Pour l'année 2009, les ministres compétents (désignés aux articles R. 162-42 et R. 162-42-1 du CSS) ont édicté par arrêté, le 26 février, l'ODMCO pour 2009, fixé à 43 134 M€, et le 27 février 2009, les forfaits de T2A pour la même année.

Le syndicat FHP-MCO, qui représente les établissements privés de santé à but lucratif, conteste ces deux arrêtés par une requête qui est recevable. On pourrait-il est vrai avoir un doute sur l'intérêt du syndicat à contester la partie de l'arrêté du 27 février 2009 qui fixe les tarifs de la T2A applicables aux établissements autres que ceux qu'il représente. Mais compte tenu du fait que l'ensemble des tarifs doit être fixé de façon à respecter l'ODMCO, il existe un système de vases communicants entre les tarifs des différentes catégories d'établissement, ce qui rend le représentant d'une catégorie recevable à contester les tarifs applicables aux autres : vous l'avez expressément jugé dans une décision du 21 novembre 2008, Ass. des hôpitaux privés sans but lucratif et autres, n° 305292, au Recueil.

Nous vous proposons d'examiner tout d'abord les moyens dirigés contre l'arrêté du 26 février 2010 fixant l'ODMCO pour 2009.

La requête soutient tout d'abord qu'en vertu de l'art. R. 162-42 du code de la sécurité sociale, les ministres compétents doivent édicter l'ODMCO dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la LFSS. Or il est constant que la LFSS pour 2009 a été promulguée le 18 décembre 2008, et que l'arrêté attaqué, en date du 26 février 2009, a été pris bien après l'expiration de ce délai de 15 jours. Mais le délai ainsi prescrit nous semble être un

délai de bonne administration et non pas un délai prescrit à peine de nullité. Le dépassement de ce délai n'emporte en effet aucune conséquence juridique. Il semble avoir pour objet essentiel d'assurer que l'ODMCO puis les tarifs seront définis chaque année avant le 1er mars, date à compter de laquelle, en vertu de l'art. L. 162-22-9, ces tarifs prennent effet. Le moyen doit donc être écarté.

Toujours au titre de la légalité externe, la requête soutient que la recommandation que le conseil de l'hospitalisation, instance consultative représentant la profession, doit émettre sur le projet d'ODMCO en vertu de l'art. R. 162-42 aurait été adoptée dans des conditions irrégulières. La requête souligne que ce conseil a en l'espèce émis sa recommandation la veille de la promulgation de la LFSS, donc avant que l'ONDAM pour 2009, sur la base duquel doit être établi l'ODMCO, soit entré en vigueur. Mais cette circonstance n'est pas de nature à rendre la consultation irrégulière : à la date de la consultation, le Parlement avait voté l'ONDAM, et c'est sur la base du chiffre ainsi adopté par le législateur que le conseil de l'hospitalisation a statué.

Le syndicat requérant conteste ensuite, au titre de la légalité interne, le mode de calcul de l'ODMCO retenu par les ministres auteurs de l'arrêté. L'art. R. 162-42 du CSS prévoit que l'ODMCO est fixé sur la base de quatre éléments : les dépenses de l'assurance maladie de l'année précédente ; les charges des établissements ; l'évolution de la productivité des établissements ; et les changements de régime juridique ou de financement que peuvent connaître certains d'entre eux. Puis l'art. R. 162-42-2 renvoie, pour le calcul des dépenses d'assurance maladie générées par les établissements, à une méthodologie définie par ailleurs, à l'article R. 162-41-4, article qui a un tout autre objet puisqu'il définit le mode de calcul des charges de soins de suite et de réadaptation et de psychiatrie générées par les établissements privés à but lucratif. Il est soutenu qu'en renvoyant à cet article, l'art. R. 162-42-2 aurait pour effet de faire calculer l'ODMCO sur la base des seules dépenses générées par les établissements privés à but lucratif. Mais ce n'est évidemment pas le sens de ce texte : il renvoie seulement à la méthode employée pour calculer certaines dépenses afférentes à ces établissements, mais pour le calcul de l'ODMCO, cette méthode doit évidemment être appliquée aux dépenses d'assurance maladie générées par tous les établissements de santé.

Le moyen suivant a trait à la coexistence de deux sous-parties de l'ONDAM : l'ODMCO d'une part, défini à l'art. L. 162-22-9, et d'autre part, la « dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé », autrement appelée dotation « MIGAC », définie à l'art. L. 162-22-13, qui vise spécifiquement à financer certaines actions d'intérêt général prises en charge par ces établissements. De façon inhabituelle, l'arrêté fixant l'ODMCO contient une motivation qui indique qu'en 2009, les ressources des établissements afférentes à la permanence des soins et à la prise en charge des personnes en situation de précarité sont transférées de l'ODMCO vers la MIGAC. Le montant d'ODMCO fixé par cet arrêté ne comprend donc pas les ressources visant à couvrir ces dépenses. Or, souligne la requête, à la date de cet arrêté, la liste des actions financées par la MIGAC, fixée aux articles D. 162-6 et D. 162-7 du CSS, n'avait pas été modifiée pour y inclure ces deux missions. Faute que ce transfert de support budgétaire ait été effectué à cette date, l'arrêté litigieux ne pouvait légalement, pour la requérante, soustraire les montants en cause de l'ODMCO.

Ce moyen nous paraît pouvoir être écarté sans grande difficulté. On constate en effet que les dispositions de l'art. R. 162-42, qui définissent le mode de calcul de l'ODMCO, ne créent aucun système de vase communicants entre l'ODMCO et la MIGAC qui ferait que le montant de l'un serait nécessairement subordonné au périmètre de l'autre à la date à laquelle il est arrêté. Il n'y a pas de lien juridique entre les deux ensembles de sorte que le moyen nous paraît inopérant. Au demeurant, en l'espèce, le contenu de la MIGAC a été modifié par le décret n° 2009-294 du 13 mars 2009, qui a ajouté les deux items visés dans l'arrêté ODMCO, ce qui fait que pour l'exercice 2009, la discordance alléguée n'existe pas.

Nous pouvons en venir maintenant à l'arrêté fixant les tarifs de la T2A pour 2009.

Au titre de la légalité externe, on retrouve le moyen tiré du dépassement du délai prévu par le CSS pour, cette fois-ci, l'édition de ces tarifs. L'article R. 162-42-1 prévoit en effet que l'arrêté fixant les tarifs annuels de la T2A est pris dans les quinze jours qui suivent la publication de l'arrêté fixant l'ODMCO. Mais cette fois-ci le moyen manque en fait, puisque l'arrêté sur les tarifs a été signé ... la veille de la publication de l'arrêté fixant l'ODMCO, et publié le même jour.

On retrouve ensuite le moyen tiré de l'irrégularité de la consultation du conseil de l'hospitalisation, dans une version un peu plus luxueuse puisque l'art. R. 162-42-1 prévoit que l'arrêté fixant les tarifs est édicté « sur recommandation du conseil de l'hospitalisation après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé ». Il est soutenu que le conseil n'a pas statué dans des conditions régulières dès lorsqu'à la date à laquelle il a examiné le projet de tarifs, l'arrêté fixant l'ODMCO n'était pas encore publié. Mais d'une part, les délais dans lesquels l'exercice est enserré font qu'il est plus réaliste, si l'on veut que ce conseil ait le temps d'examiner réellement le projet de tarifs, de le saisir avant que l'arrêté fixant l'ODMCO ait été publié ; d'autre part, il ressort du dossier que ce conseil a statué en l'espèce sur la base d'un montant d'ODMCO proche de celui qui a été finalement édicté, de sorte que l'on peut considérer que sa consultation a eu lieu sur une base sincère et valide. Quant aux organisations représentatives, elles ont été consultées par le conseil de l'hospitalisation en novembre 2008 et le dossier montre qu'elles disposaient alors de toutes les informations leur permettant de donner un avis éclairé.

Le moyen suivant est tiré du non-respect des stipulations des articles 87 et suivants du traité instituant la Communauté européenne, relatifs aux aides d'Etat. Pour la requête, le fait que l'arrêté fixant les tarifs de la T2A édicte pour les établissements participant au service public et assimilés (ceux visés aux a), b) et c) de l'art. L. 162-22-6) des tarifs supérieurs à ceux qu'il édicte pour les établissements privés à but lucratif (ceux visés au d) du même article) est constitutif d'une aide d'Etat en faveur des premiers. Or, d'une part, cette aide n'a pas été notifiée à la Commission européenne, en méconnaissance des stipulations de l'art. 88, §3 du TCE ; d'autre part, cette aide n'obéirait à aucune justification et devrait donc être regardée comme incompatible avec l'art. 87 du Traité, qui prohibe les aides dénuées de justification conforme au droit communautaire.

Ce dernier moyen doit être écarté comme inopérant : il résulte de l'ensemble des articles 87 à 89 que seule la Commission est habilitée, sous le contrôle de la CJUE, à statuer sur la compatibilité d'un régime d'aide avec le Marché commun ; la conséquence est que l'article 87 n'est pas d'effet direct en droit interne et qu'il ne peut donc être utilement invoqué

devant le juge national : ex. Ass., 5 mars 2003, Union nationale des SPIC et autres, n° 233372, au Recueil.

Le moyen tiré de ce qu'un régime d'aide n'aurait pas été notifié à la Commission est en revanche opérant. Or il est constant que les arrêtés de la T2A pour 2009 n'ont pas été notifiés à la Commission.

La requête pose la question de savoir comment situer le mode de tarification des établissements de santé au regard des règles et de la jurisprudence qui gouvernent l'attribution d'aides d'Etat aux organismes chargés d'une mission de service public.

La définition de l'aide en droit communautaire est désormais bien précise. Il s'agit d'un avantage attribué sans contrepartie, à l'aide de ressources publiques, qui vise de façon sélective à soutenir certains intérêts économiques ou sociaux, et qui est de nature à affecter les échanges intra-communautaires ou à introduire des distorsions de concurrence entre entreprises.

La CJUE a toutefois exclu de la notion d'aide les avantages qui sont attribués à des entreprises en vue de compenser des obligations de service public. Les critères en ce sens ont été fixés par l'arrêt Altmark du 24 juillet 2003 (C-280/00), aux termes duquel un avantage est exclu du champ de l'obligation de notification s'il remplit quatre conditions cumulatives : il sert à compenser des obligations de service public clairement définies ; les paramètres permettant de calculer la compensation ont été définis de façon préalable, objective et transparente ; il y a une stricte adéquation entre la compensation et le coût des obligations qu'elle couvre ; et enfin, lorsque l'entreprise n'a pas été choisie après mise en concurrence, la compensation des obligations de service public doit être calculée par comparaison avec les coûts qu'aurait à supporter une entreprise privée moyenne bien gérée et correctement équipée.

Tout avantage attribué à une entreprise chargée d'une mission de service public et qui ne répond pas à ces quatre critères cumulatifs, constitue une aide et doit donc être notifié à la Commission en vertu de l'art. 87. Mais comme on le voit, ces critères sont assez difficiles à mettre en œuvre en pratique, de sorte que la Commission a élaboré un dispositif supplétif, permettant d'exonérer de l'obligation de notification des dispositifs de compensation de missions de service public ne répondant pas totalement à ces critères. Tel est l'objet d'une décision adoptée par la Commission le 28 novembre 2005 (2005/842/CE), qui définit des critères au vu desquels un avantage attribué à une entreprise chargée d'une mission de service public, bien que constituant une aide puisqu'il ne répond pas au critère de la jurisprudence Altmark, est quand même dispensée de l'obligation de notification. Cette décision a été adoptée sur le fondement non pas de l'art. 87, relatif aux aides d'Etat, mais de l'art. 86, relatif aux services d'intérêt économique général, lequel habilite la Commission à prendre des décisions assurant l'application dudit article. On peut se demander si cette habilitation permettait à la Commission de définir des critères permettant de déroger à l'obligation de notification prévue à l'art. 88 §3, car ce dernier article habilite seulement le Conseil à définir des catégories d'aides exonérées de notification ; mais ce point n'est pas discuté, n'est pas d'ordre public, et vous n'aurez donc pas le loisir de saisir la CJUE sur le fondement de l'art. 267 du TFUE d'une question préjudicielle en appréciation de validité sur ce point.

La décision de la Commission comprend deux critères en commun avec la jurisprudence Altmark : pour que l'aide bénéficie de l'exonération de notification, les obligations de service public et le mode de calcul de la compensation doivent avoir été clairement définis ; la décision de la Commission ouvre une soupape en permettant que la compensation couvre tous les coûts exposés en raison de la mission de service public, et pas seulement ceux qu'exposerait une entreprise privée bien gérée placée dans la même situation ; elle permet par ailleurs que l'avantage couvre non seulement les coûts de la mission de service public mais permette aussi de dégager un « bénéfice raisonnable » sur les capitaux propres. La décision de la Commission subordonne en contrepartie l'exonération de notification à l'existence d'un mode de calcul permettant de repérer et de rembourser les éventuelles surcompensations.

La Commission a expressément inclus les hôpitaux publics dans le champ d'application de cette décision ; elle leur permet même, ainsi qu'aux entreprises de logement social, d'être exonérées de la notification sans limitation de montant, alors que pour les autres secteurs d'activités, l'exonération est subordonnée à la condition que l'avantage ne dépasse pas un certain montant annuel (art. 2 de la décision).

Pour apprécier comment traiter les tarifs de la T2A au regard de ces différentes règles, il faut d'abord se demander s'ils sont constitutifs d'une aide au sens de l'art. 87. Il nous semble clair que le dispositif d'ensemble de la T2A, en tant qu'il assure un financement public des établissements de santé, ne peut être regardé comme une aide au sens de cet article : le versement de ces sommes ne constitue pas un avantage sans contrepartie attribué aux établissements, il constitue le mode de financement de droit commun des prestations qu'ils assurent.

En revanche, au sein des tarifs T2A, la différence existant entre les tarifs des établissements participant au service public et les établissements privés à but lucratif, les premiers étant plus élevés que les seconds, est susceptible d'être regardée comme une aide, puisque cette différence revient à allouer aux premiers, pour les mêmes prestations, un financement plus élevé que celui qui est attribué aux seconds. Il y a bien un avantage conféré de façon sélective aux établissements PSPH au sein de la T2A, et cet avantage est de nature à introduire une distorsion de concurrence puisqu'il aboutit à financer les mêmes charges par un tarif plus élevé.

Reste à déterminer s'il est attribué sans contrepartie. La seule contrepartie envisageable ici est l'exercice de missions de service public par les établissements bénéficiant du tarif le plus élevé. On retombe alors sur les critères de la jurisprudence Altmark. Or force est de constater que les critères posés par cette jurisprudence ne sont pas ici remplis : seul le critère de définition des obligations de service public est respecté (ces obligations étaient, à la date de l'arrêt, définies aux art. L. 6112-2 du code de la santé publique). Pour le reste, aucun critère n'est respecté. Le mode de calcul des tarifs, qui « tient notamment compte » des quatre éléments indiqués précédemment, n'est pas configuré de façon à individualiser et compenser les charges spécifiquement liées aux missions de service public ; par voie de conséquence, on ne peut assurer que le différentiel de tarif se limite à compenser les obligations de service public ; enfin le mode de calcul retenu n'assure pas que la compensation des missions de

service public soit calculée par rapport aux coûts qu'exposerait une entreprise privée bien gérée et disposant des équipements adéquats¹.

Les tarifs des établissements du service public hospitalier ne peuvent donc être exonérés de l'obligation de notification au regard de la jurisprudence Altmark. Il faut alors examiner s'ils peuvent bénéficier d'une telle exonération en application de la décision du 28 novembre 2005 de la Commission. Tel nous semble être le cas. Conformément à ce que prévoit l'art. 4 de la décision, les missions de service public de ces établissements sont clairement définies : elles résultent de l'art. L. 6112-2 du CSP. Le mode de calcul de la compensation n'a pas, en application de la décision de la Commission, à être établi par comparaison avec les coûts d'une entreprise privée bien gérée, mais il peut, ainsi que le prévoit l'art. 5, prendre en compte « tous les coûts du service d'intérêt économique général ». Or dans le cas d'un établissement participant au service public, c'est l'ensemble de l'activité hospitalière qui relève de la mission d'intérêt général, puisque la principale obligation de service public, l'obligation d'accueillir à toute heure tout patient qui le nécessite, dans la seule limite des capacités d'accueil, porte sur toutes les activités de soins. Contrairement à ce qui est affirmé dans la requête, on ne peut en effet pas dire que le financement des missions de service public soit le fait de la seule dotation MIGAC : l'art. L. 162-22-13 du CSS indique que cette dotation « participe » au financement des missions de service public, mais pas qu'elle assure à elle seule l'intégralité de leur financement ; ce sont seulement des missions individualisables et dont le coût peut être facilement extourné des tarifs que cette dotation a vocation à financer, mais pas la charge résultant du caractère universel et égalitaire du service public, qui vaut pour les activités hospitalières dans leur ensemble. Dans cette logique, on peut dire que le tarif T2A des établissements participants au SPH et assimilés constitue *par lui-même* la compensation des missions de service public confiée aux établissements.

Reste à s'assurer que le dernier critère qui figure dans la décision de la Commission, l'existence d'un mécanisme permettant de repérer et supprimer les surcompensations, est satisfait. La loi ni les décrets ne contiennent de règle explicite en ce sens, mais on doit considérer que ce critère est satisfait par la philosophie générale du système. Il résulte en effet tant des travaux parlementaires de la LFSS pour 2004 qui a créé le mécanisme de la T2A (loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), que des dispositions de l'art. R. 162-42, qui font dépendre les tarifs des charges des établissements et de l'évolution de leur productivité, que les tarifs de la T2A ont pour objet de couvrir au plus justes les charges des établissements participant au service public hospitalier, sans aller au-delà, et d'inciter les établissements publics à contraindre leur dépenses. Il n'est certes pas impossible que dans la phase de mise en œuvre du dispositif qui s'est écoulée depuis 2004, les écarts de situation entre établissements aient conduit certains à percevoir davantage que leurs charges, mais de tels tâtonnements sont inhérents à toute période transitoire, et il n'en reste pas moins que le

¹ Ajoutons que l'application des critères Altmark nous paraît ici quasi-impossible : les obligations de service public définies à l'époque – en particulier le principe d'accueil de toute personne le nécessitant, de nuit comme jour, éventuellement en urgence, ce qui implique l'impossibilité de procéder à une sélection des patients et des pathologies – conduisent à une structure d'activités et de coûts radicalement différente entre le service public et les établissements à but lucratif, ce qui fait que, comme l'a souligné la Cour des comptes dans son rapport de 2009, la comparaison des coûts entre les deux secteurs ne peut pas se fonder sur les seules différences de coûts unitaires des prestations, mais devrait également prendre en compte des différences de structures de coûts, ce qui est quasiment impossible aussi bien au niveau local que global.

système, eu égard à son objet et aux procédures qui conduisent à l'édition des tarifs, doit être regardé comme excluant par principe toute surcompensation.

Au total, nous vous proposons donc de considérer que les tarifs de la T2A alloués aux établissements participant au service public hospitalier en 2009 n'avaient pas à être notifiés à la Commission, en application de la décision du 28 novembre 2005 de cette autorité.

La requête conteste ensuite le mode de calcul des tarifs.

Vous écarterez comme vous l'avez fait pour l'ODMCO le moyen tiré de ce que les tarifs auraient été établis sur la base des seules charges des établissements privés : le renvoi de l'art. R. 162-42-2 à la méthodologie utilisée pour ces établissements n'a pas, on l'a vu, un tel objet ni un tel effet.

La requérante soutient ensuite que le mode de calcul retenu serait illégal car les ministres auraient dû tenir compte du coût réel et du coût relatif des prestations d'hospitalisation, à partir d'un échantillon représentatif d'établissements. Mais ce disant la requête se fonde sur les dispositions de l'art. L. 162-22-9 dans leur rédaction antérieure à celle qui résulte de la LFSS pour 2009. Depuis l'intervention de cette loi, cet article indique que les tarifs « peuvent être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations », ce qui laisse une bien plus grande latitude dans l'usage de ce critère.

Le syndicat requérant conteste ensuite la fixation de tarifs différents pour les établissements participant au service public et pour les établissements privés à but lucratif, en soutenant que cette différence serait contraire au principe d'égalité. Ce moyen doit être écarté car d'une part, l'art. L. 162-22-10 du CSS permet de différencier les tarifs « par catégories d'établissements, notamment en fonction des conditions d'emploi du personnel médical ». D'autre part, il existe une différence objective de situation entre les établissements participant au service public hospitalier les établissements privés à but lucratif : ainsi dans les premiers, le coût du personnel médical, en général salarié, est inclus dans les charges que les forfaits doivent couvrir, alors que dans les seconds, où les médecins interviennent en général en libéral, leurs honoraires sont facturés à part en application de l'art. R. 162-32-1 du CSS. Par ailleurs, ainsi qu'il ressort des éléments versés au dossier par les parties, les établissements participant au service public doivent supporter, du fait du principe de l'égal accès de tous aux soins et de l'impossibilité de se concentrer sur les pathologies les plus rentables, des coûts moyens plus élevés que ceux des établissements privés à but lucratif pour les mêmes pathologies. Peut-être les modalités de gestion des établissements publics sont-elles également moins performantes que celles de leurs homologues privés. Tous ces éléments font que les charges des établissements privés sont à type d'activité identique de 30% à 40% moins élevées que celles des autres établissements, ce qui justifiait bien, du point de vue du principe d'égalité, que les tarifs assignés aux premiers soient inférieurs à ceux alloués aux seconds.

Pour terminer, la requête conteste le taux d'évolution de l'écart entre ces deux échelles de tarifs. Elle prend appui pour cela sur les dispositions de l'art. 33 de la LFSS pour 2004, qui posent une règle de convergence entre les tarifs des établissements participant au service public hospitalier et ceux des établissements privés à but lucratif, après neutralisation des différences dans les charges à prendre en compte (on pense notamment aux charges de personnel médical). Ce processus a été créé par la LFSS pour 2005, qui prévoyait qu'il devait être accompli à hauteur de 50% en 2008 et achevé en 2012. La LFSS pour 2008 a supprimé

l'objectif de 50% qui devait être atteint cette année-là, et qui était manifestement hors de portée, et a prévu que la convergence serait « orientée » vers les tarifs du secteur privé – façon sans doute de pousser les hôpitaux publics à améliorer leur productivité. Postérieurement aux arrêtés attaqués, la LFSS pour 2010, prenant acte de ce que le processus prenait encore du retard, a repoussé l'échéance à 2018². Il est soutenu que l'arrêté tarifaire attaqué maintiendrait l'écart préexistant entre les deux échelles de tarifs et méconnaîtrait donc ce principe de convergence. Mais la requête n'appuie cette affirmation sur aucune donnée précise, et en regard le ministre soutient sans être véritablement contredit que les tarifs de 2009 prolongeaient l'effort de convergence des années antérieures ; d'autre part, comme le montre le fait que la date de la convergence a été repoussée en 2018, les dispositions de l'art. 33 nous paraissent avoir en tout état de cause, s'agissant d'un objectif qui a peu de chances d'être atteint, davantage une portée indicative qu'impérative. Ce dernier moyen doit donc être écarté.

Par l'ensemble de ces motifs, nous concluons au rejet de la requête..

² Il est permis d'être sceptique sur ce processus : comme l'écrit très clairement la Cour des comptes dans son rapport de 2009 sur la T2A, la convergence déjà réalisée tient fortement du trompe l'œil, puisqu'elle trouve son origine dans l'externalisation notamment vers la MIGAC de certaines charges facilement individualisables du service public hospitalier. Mais la raison de fond des écarts de charge est la différence de population accueillie et de soins délivrés entre les deux secteurs, qui fait que structurellement, l'hôpital public et les établissements apparentés conserveront toujours des coûts plus élevés. Sauf à exiger que les établissements publics aient la même offre de soins que les établissements privés, ce qui, comme le souligne la cour, « serait contraire aux besoins de la population », et, in fine, préjudiciable à la santé publique.