

Hôpital 2007	Hôpital	GRH
Présentation	Réforme	Financement
Réflexion	Management	T2A

Jean-Paul Domin

Maître de conférences en sciences économiques, CERAS-LAME
Université de Reims Champagne-Ardenne

Le management est-il soluble dans l'organisation hospitalière ?

Une réflexion sur le plan Hôpital 2007

Annoncé par Jean-François Mattei en novembre 2002, le plan **Hôpital 2007** entend être un **pacte de modernité** avec l'hospitalisation. Il s'articule autour d'une réforme combinée de l'**environnement hospitalier** et de l'**organisation interne** des établissements, prône une modernisation de la gestion des **ressources humaines** et veut modifier le mode de **financement**. La réforme s'inspire de l'expérience anglaise du quasi-marché et propose de passer de la régulation administrée à l'**autonomie**. Les expériences managériales mises en œuvre depuis le milieu des années 1980 ont toutes échoué. Ne risque-t-on pas plutôt de voir se maintenir les méthodes de **maîtrise comptable** ?

notes

(1) **J.-F. Mattei**, *Discours à l'Assemblée nationale*, 20 novembre 2002, p.2.

(2) **R. Couanau**, Rapport d'information sur l'organisation interne de l'hôpital, n° 714, Paris, Assemblée nationale, 2003.

La réforme des structures hospitalières constitue à l'heure actuelle la clé de voûte de la politique de santé. Annoncée pendant les campagnes électorales du printemps 2002, rappelée par Jean-Pierre Raffarin dans son discours de politique générale, la réforme a été présentée le 20 novembre 2002 à l'Assemblée nationale. Elle entend être un « pacte de modernité avec l'hospitalisation ». Le plan Hôpital 2007 couronne une

longue phase de restructuration de l'offre hospitalière initiée dès le milieu des années 1990. Il s'appuie sur le thème de la responsabilisation des acteurs et doit permettre selon le ministre de la Santé, Jean-François Mattei, de passer d'une régulation administrée à l'autonomie ⁽¹⁾.

Des solutions sont envisagées dans quatre domaines : l'environnement hospitalier, l'organisation interne, la gestion des ressources humaines et le régime financier. Les partisans de la réforme refusent le scénario qualifié « d'évolution à l'anglaise ⁽²⁾ », synonyme d'une étatisation et d'une centralisation semblables à l'organisation du National Health Service (NHS) en 1948. Pourtant, dans les faits, le plan Hôpital 2007 s'inspire d'une autre réforme à l'anglaise, celle mise en place en 1991. Le discours est, en effet, imprégné de la logique du quasi-marché (régionalisation, responsabilisation des acteurs...).

Le plan s'articule autour d'une réforme interne et externe et prône une évolution de la gestion des ressources humaines et du financement des établissements. Mais bien que le discours managérial se soit développé dans les différentes réformes depuis 1991, il ne semble pas que son application soit effective. Au contraire, depuis les ordonnances Juppé de 1996, l'intervention ministérielle s'est accrue. Le plan Mattei est-il un plan supplémentaire sans influence ou constitue-t-il un nouveau mode de régulation ?

Réforme de l'hôpital et de son environnement

La logique de la réforme semble s'articuler autour d'une double réforme organisationnelle. La première tend à revoir l'environnement des établissements de soins. La seconde entend développer une culture managériale.

Réforme de l'environnement hospitalier

La philosophie libérale prône une réduction du poids de l'État afin d'accroître les libertés publiques. La nouvelle politique hospitalière s'inscrit dans cette perspective. Le rapport sur la modernisation des statuts

de l'hôpital public propose une triple évolution étatique, régionale et territoriale. En premier lieu, la réforme prend appui sur une diminution du rôle de l'État qui ne doit « garder qu'un rôle d'arbitre et de garant de la cohérence générale du dispositif, de sa qualité et de son équité⁽³⁾ ». La réduction de la part de l'État passe également par l'adoption d'un statut spécifique pour les hôpitaux (établissements publics de santé). Pourtant, la loi du 31 juillet 1991 a créé des établissements publics de santé distincts des établissements publics administratifs et dont l'objectif n'est ni commercial ni industriel.

Le renouveau de l'action régionale s'inscrit dans la perspective de la création des agences régionales de l'hospitalisation (ARH) en 1996. Le projet prévoit une transformation progressive de ces structures en agences régionales de santé (ARS) dont le rôle sera étendu à la médecine ambulatoire, la prise en charge de la vieillesse, la sécurité sanitaire et la santé publique. Cette évolution n'est pas récente, elle était déjà esquissée dans la loi du 4 mars 2002. Même si le rôle financier des ARS n'est pas clairement défini, la proximité avec le modèle britannique est certaine. Enfin, le rapport insiste sur la création d'un nouvel échelon : le territoire de santé. Celui-ci doit favoriser la prise en charge des patients grâce à des formules de coopération et de partenariat. Dans cette perspective, quatre instruments sont privilégiés : la communauté d'établissements, le groupe de coopération sanitaire (GCS), la fusion et le transfert de compétences. Le rapport de la mission relative aux spécificités des CHU insiste sur la notion de projet médical régional qui devrait permettre de renforcer la coopération entre les établissements⁽⁴⁾.

La création des ARH devrait pourtant avoir servi de leçon. Elle masque, derrière un référentiel managérial, une reprise en main par l'État de la question hospitalière et ne constitue donc pas une territorialisation de la politique, mais plutôt une mise en cohérence de l'action publique. La centralisation s'est même encore accrue. Elle procède d'une décision autoritaire, issue d'un groupe restreint d'experts⁽⁵⁾. Le nouveau

mode de régulation qui semble se dégager repose sur une contractualisation du rationnement inscrite dans un référentiel de marché. Celui-ci traduit avant tout la définition d'une norme de limitation des dépenses sociales⁽⁶⁾. Ce n'est pas un pilotage régional qui se met en œuvre, mais plutôt une régulation publique autoritaire. La mise en œuvre des ARH ne constitue pas une territorialisation nouvelle de la politique hospitalière. L'État intervient en fait par l'intermédiaire des agences. Cette solution est assez ambiguë.

Le rapport de la mission relative aux spécificités des CHU insiste sur la notion de projet médical régional qui devrait permettre de renforcer la coopération entre les établissements.

Au-delà de ces problèmes administratifs, une question beaucoup plus importante se pose, celle de la santé publique. Gérard Vincent propose la transformation des hôpitaux en établissements privés à but non lucratif tout en maintenant ses missions de service public (continuité des soins, urgences, accueil des populations démunies...)⁽⁷⁾. Guy Vallancien va plus loin en affirmant qu'il « n'y a pas d'autre solution que d'abolir le statut public de l'hôpital pour lui permettre l'adaptation au monde moderne de management qui lui fait tant défaut⁽⁸⁾ ». La privatisation du système hospitalier revient à nier la question de la santé publique. La lente dérive du National Health Service en constitue un exemple probant⁽⁹⁾. Gérard Vincent affirme même que l'immobilité risque d'accélérer une dérive à l'anglaise du système hospitalier (files d'attente...) alors même que la

réforme du NHS de 1991 n'a fait que renforcer les dérives antérieures⁽¹⁰⁾.

Réforme de l'organisation interne

Dans son discours à l'Assemblée nationale, le ministre de la Santé précise : « Moderniser l'hôpital c'est également instaurer une culture de résultat et de la qualité, cela impose préalablement une clarification des rôles et des responsabilités⁽¹¹⁾. » La responsabilisation deviendrait ainsi le seul remède à la bureaucratie de l'hôpital. Trois directions sont à envisager : l'organisation en pôle

d'activité, la restauration de l'autorité et le renouveau de la concertation.

La mission sur la modernisation constate l'inefficacité du dispositif de responsabilité et prône le recentrage autour de pôles d'activité dont le modèle est laissé à l'imagination des acteurs dans la mesure où « vouloir organiser dans le détail les instances d'un hôpital serait un contre-sens à la liberté d'initiative ». Un chef de pôle serait nommé et rémunéré en fonction de ses nouvelles responsabilités. Néanmoins, sa fonction « managériale » ne devrait pas l'empêcher de poursuivre ses activités médicales. La philosophie de cette nouvelle politique s'articule autour de la modernisation du management hospitalier. Cette logique n'est pas récente. La loi du 31 juillet 1991 a introduit la notion de projet d'établissement qui a pour objectif de fédérer des forces parfois antagonistes au

notes

(3) D. Debrosse, A. Perrin, G. Vallancien, Rapport de la Mission sur la modernisation des statuts de l'hôpital public et de sa gestion sociale, Paris, ministère de la Santé, 2003.
(4) D. Ducassou, D. Jaeck, B. Leclercq, Restaurer l'attractivité des CHU et leur partenariat avec le monde de la santé et l'université, Rapport de la mission relative aux spécificités des CHU, Paris,

ministère de la Santé, 2003.
(5) F.-X. Schweyer, « La régulation régionale du système hospitalier : pilotage par l'État ou territorialisation », Politiques et management public, 1998, vol. xvi, n° 3, pp. 43-68.
(6) P. Muller, Les Politiques publiques, Paris, PUF, 1994.
(7) Interview de Gérard Vincent, L'Express, 27 février 2003, p.74.
(8) Le Monde, 14 septembre 2002, p. 18.

(9) D. Contandriopoulos, « L'expérience du marché interne dans le National Health Service britannique, une rétrospective critique », Revue française des affaires sociales, 2000, vol. LIV, n° 3-4, pp. 163-202.
(10) D. Lequet, P. Volovitch, « L'hôpital britannique : la concurrence tourne en rond », Solidarité santé, 1995, n° 3, pp. 71-79.
(11) J.-F. Mattei, op. cit.

sein d'un hôpital⁽¹²⁾. Aujourd'hui, bon nombre de restructurations hospitalières prennent appui sur des techniques de gestion industrielle⁽¹³⁾.

La mission de modernisation esquisse également une restauration de l'autorité autour du conseil d'administration et du comité stratégique. Le premier aurait pour fonction de valider les choix stratégiques, financiers et organisationnels de l'établissement. Il serait composé d'élus, de professionnels et de membres de la société civile et son président

management privé⁽¹⁶⁾ ne constituent pas des nouveautés dans l'univers hospitalier. Ce référentiel est en vogue depuis le milieu des années 1980. Mais toutes les tentatives de réformes ont pour l'instant échoué. Ainsi, la révolution managériale s'est limitée au seul discours politique et à quelques revues spécialisées. Dans les faits, son application a été peu suivie pour des raisons essentiellement culturelles, les directeurs d'établissement n'ayant eu aucune formation sur les nouvelles exigences de

d'opinion à une société de communication. Celle-ci met en avant la démotivation des personnels et la nécessaire modernisation des modes de fonctionnement qui pourrait y pallier. La mission sur la modernisation opte pour une réforme de la politique sociale des établissements hospitaliers.

Le premier acte de la réforme porte sur le recrutement des praticiens. Deux voies sont envisagées. Le recrutement statutaire sous une forme modernisée devrait permettre de garantir la situation du médecin et l'intérêt de l'hôpital. La seconde solution (le recrutement par contrat) doit permettre à un établissement de recruter un médecin sans passer par la voie principale du concours, notamment pour les spécialités sinistrées. La réforme du recrutement va de pair avec des modalités de rémunération et d'intéressement nouvelles rompant avec les principes de la grille indiciaire et de la progression à l'ancienneté.

Le recrutement des personnels de direction est également réformé sur la base de la contractualisation. Les auteurs du rapport distinguent les directeurs généraux (CHR, CHU) dont le poste est ouvert à la mutation ou au détachement (pour des fonctionnaires ou même des cadres du privé) nommés pour un mandat de quatre ans sur la base d'un contrat signé avec le directeur de l'ARH et le président du conseil d'administration. Les directeurs des autres établissements seront soumis aux mêmes procédures bien que la nomination puisse être faite uniquement par le directeur de l'ARH. Le rapport sur la modernisation des statuts de l'hôpital public prévoit la fin du monopole de l'École nationale de santé publique (ENSP). René Couanau s'inscrit dans cette même perspective en prônant l'élargissement du recrutement⁽¹⁸⁾. D'ailleurs, l'esprit change: on ne parle plus de directeur, mais de manager.

Enfin, la mission esquisse une réforme possible du statut des personnels en insistant sur la démotivation et la non-reconnaissance professionnelle. Pour les personnels infirmiers, les auteurs proposent des évolutions de carrières, la mobilité au sein des équipes, la formation continue afin d'évoluer vers l'encadrement ou l'ex-

Le plan Hôpital 2007 propose également une évolution de la gestion des ressources humaines et entend mettre en place un mode de financement assis sur la tarification à l'activité.

élu par les membres du conseil à l'exception des salariés. René Couanau va même plus loin en proposant que la présidence ne revienne pas nécessairement à un élu local⁽¹⁴⁾. Le comité stratégique aurait pour fonction d'assurer la cohérence entre la stratégie et sa mise en œuvre. Il devrait élaborer la stratégie, gérer les ressources et les risques et serait composé du directeur général, du président de la commission médicale d'établissement et du doyen de la faculté pour les centres hospitaliers et universitaires. Enfin, les auteurs proposent de relancer la concertation autour de trois instances: la commission médicale d'établissement (CME), le comité technique d'établissement (CTE) et le comité de la qualité, de la gestion des risques et des conditions de travail. Le groupe de travail sur la gouvernance de l'hôpital semble s'être inspiré des conclusions de ce rapport.

La critique du fonctionnement bureaucratique⁽¹⁵⁾ et la greffe de techniques de

gestion⁽¹⁷⁾. Le plan Hôpital 2007 s'inspire de ces mêmes techniques, mais son application risque de se heurter à un refus du corps médical souvent hostile aux techniques de management.

Réforme de la gestion des ressources humaines et du mode de financement

Le plan Hôpital 2007 propose également une évolution de la gestion des ressources humaines et entend mettre en place un mode de financement assis sur la tarification à l'activité.

Gestion des ressources humaines

L'individualisation et la responsabilisation sont au cœur de la gestion des ressources humaines prônée par le ministre de la Santé. La Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) a confié une enquête

notes

(12) J.-P. Claveranne, « Le management par projet à l'hôpital », *Revue française de gestion*, n° 109, 1996, pp. 103-113.
(13) S. Jacobzone, « Les apports de l'économie industrielle pour définir la stratégie de gestion du secteur hospitalier public », *Sciences sociales et Santé*,

1995, vol. XIII, n° 1, pp. 5-45.

(14) R. Couanau, op. cit.

(15) J. de Kervasdoué, « Directeur d'administration centrale. Gestionnaire, tampon ou bouc émissaire ? », *Revue française d'administration publique*, 1987, n° 43, pp. 517-522.

(16) Y. Jancourt, « La régulation du service public hospitalier :

une greffe des techniques du management privé ? », *Politiques et management public*, 1987, vol. V, n° 3, pp. 117-132.

(17) F. Pierru, « L'hôpital entreprise. Une self-fulfilling prophecy avortée », *Politix*, 1999, n° 46, pp. 7-47.

(18) R. Couanau, op.cit.

pertise. Le rapport reste toutefois assez timide sur l'idée d'un partage des compétences dont l'efficacité a été démontrée par ailleurs⁽¹⁹⁾ et qui est une des pistes envisagées dans le rapport de Dereck Wanless, en Grande-Bretagne.

Le décalage entre le discours et la réalité est important. Dans les faits, la révolution managériale n'a pas séduit les personnels. Les directeurs d'établissements sont passés d'un statut d'entrepreneurs locaux à celui de fonctionnaire. La création de l'ENSP en 1960 a favorisé une dynamique de groupe qui semble s'être émoussée à partir du début des années 1990. La politique de maîtrise des dépenses a accru le malaise entre le ministère de la Santé et les personnels de direction. Ces derniers sont restés assez sourds au référentiel managérial. Aujourd'hui, les nouvelles générations semblent avoir accepté la logique de carrière⁽²⁰⁾. La greffe de cadres issus de parcours différents arrivera-t-elle à prendre? La logique de contractualisation interne se substitue progressivement à la légitimité de la fonction et de la mission.

Revoir le régime financier des établissements

Le plan présenté par le ministre de la Santé propose une réforme progressive de l'organisation des établissements hospitaliers. Le message a le mérite d'être clair : « Afin de libérer le dynamisme des structures hospitalières et leur potentiel d'adaptation à leur environnement en mutation, il est indispensable d'instaurer des mécanismes de financement incitatifs [...]. C'est pourquoi je souhaite que nous allions résolument vers la tarification à l'activité. Elle est seule capable, à terme, de responsabiliser les acteurs⁽²¹⁾. » Mais après l'annonce, il faut bien admettre que le fond de la réforme est plus flou. L'objectif est triple : rendre plus dynamiques les structures, notamment en responsabilisant les acteurs, favoriser une équité de traitement entre les secteurs et enfin développer les outils de pilotage médico-économique (contrôle de gestion) au sein des hôpitaux publics et privés. Le plan ne présente pas les mesures de tarification à l'activité, il entend seulement les

expérimenter courant 2003 dans une quarantaine d'établissements volontaires et généraliser la méthode retenue en 2004. Certaines méthodes de tarification à la pathologie sont, à l'heure actuelle, en cours d'expérimentation. La plus utilisée repose sur des mécanismes de concurrence par comparaison⁽²²⁾. Le principe est le suivant : un acheteur de soins doit rémunérer un établissement pour la prise en charge d'un séjour d'un malade. Le mécanisme de tarification à l'activité permet, selon ses partisans, de rémunérer de façon efficace les offreurs. Il prend appui sur la constitution de groupes homogènes de malades (GHM) déjà en vigueur depuis la mise en œuvre du programme de médicalisation du système d'informations (PMSI). Dans sa version la plus extrême, le système de fixation de prix repose sur un mécanisme d'enchère pour chaque groupe homogène de malades⁽²³⁾. Pour certains auteurs, il serait préférable de mettre en place un dispositif d'achat de soins jugé plus efficace que la tarification à la pathologie⁽²⁴⁾.

La politique de maîtrise des dépenses a accru le malaise entre le ministère de la Santé et les personnels de direction.

Dans les faits, cette mesure ne fait que couronner une évolution déjà en cours. Avec le PMSI, les méthodes de comptabilité analytique se développent au sein du service public hospitalier. Dorénavant, les ARH sont en mesure d'estimer les coûts moyens par GHM afin d'élaborer un point ISA (indice synthétique d'activité) par établissement. Les agences comparent ensuite la valeur ISA régionale avec la valeur de chaque hôpital. Les éta-

blissements qui ont un résultat supérieur à la norme régionale sont considérés comme surdotés et verront leur dotation diminuer. Cette méthode s'appuie sur le concept de concurrence fictive mis en avant par les théoriciens de l'agence et, selon eux, vérifiés dans le cadre de la relation entre la tutelle et les hôpitaux. La méthode de tarification à la pathologie présente deux types de risques pour les malades. En premier lieu elle favorise des pratiques d'écémage. Un établissement peut être conduit à sélectionner des malades dont le coût de prise en charge est faible afin d'accroître les profits. Il existe, en outre, des risques de prise en charge partielle des séjours et de transfert de patients précaires, notamment quand les coûts d'un GHM sont dispersés. Cette pratique peut être contrecarrée par un remboursement par l'acheteur du coût. Mais cette solution n'inciterait pas les hôpitaux à limiter leurs dépenses⁽²⁵⁾. La tarification à la pathologie peut également entraîner une baisse de la qualité des

soins. En effet, sans garde-fou ou moyen de contrôle, la baisse de la qualité des prestations est certaine. Les établissements se faisant concurrence sur les prix, ils sont donc implicitement incités à sacrifier la qualité. D'autres dysfonctionnements sont pointés : la collusion (c'est-à-dire l'entente entre producteurs), le surclassement (un malade est affecté dans un groupe plus coûteux) et la segmentation (multiplication des facturations pour un même

notes

(19) F. Midy, « Efficacité et efficacité du partage des compétences dans le secteur des soins primaires », Revue de la littérature 1970-2002, Document de travail, Paris, CREDES, 2003.
(20) F.-X. Schweyer, « Les directeurs d'hôpital : des entrepreneurs locaux du service public hospitalier », Revue française des affaires sociales,

2001, vol. LV, n° 4, pp. 115-121.

(21) J.-F. Mattei, op. cit.

(22) P. Choné, R. Lesur, « Hétérogénéité des établissements de santé et tarification à la pathologie », Revue d'économie politique, 2002, vol. CXLII, n° 1, pp. 65-76.

(23) D. Henriot, « Tarification à la pathologie : enjeux et perspectives de l'expérimentation en France »,

Solidarité et santé, 2002, hors série, pp. 21-27.

(24) M. Mougeot, F. Naegelen, « La réglementation hospitalière : tarification par pathologie ou achat de soins ? », Économie et prévision, 1997, n° 129-130, pp. 207-218.

(25) M. Mougeot, Régulation du système de santé, La Documentation française, Paris, 1999.

séjour). Les premiers travaux⁽²⁶⁾ sur le PMSI ont montré que des pratiques de saucissonnage pouvaient permettre de reporter les coûts sur d'autres GHM. Aujourd'hui, certains praticiens estiment que l'attribution des points ISA aboutit à des manipulations et des hospitalisations intensives⁽²⁷⁾.

L'expérimentation des réseaux de santé paraît être une solution satisfaisante à la crise du système de soins.

La question éthique est fondamentale. La méthode de tarification à la pathologie introduit des risques de discrimination entre les populations et devient donc sacrificielle⁽²⁸⁾ dans la mesure où elle conduit à affecter les ressources afin de maximiser l'utilité sociale. Elle privilégie les plus jeunes par rapport aux plus vieux, les plus forts par rapport aux plus faibles, et conduit à négliger les personnes qui sont en dehors du circuit productif. Dans les faits, cette méthode incite à ne soigner que les malades qui ont un coût faible pour la société⁽²⁹⁾, donne un avantage aux soins bon marché et opère une discrimination envers les patients qui nécessitent des soins coûteux⁽³⁰⁾.

L'administration de la santé est-elle prête pour la mise en place d'une tarification à la pathologie ? Certains travaux ont montré que l'introduction du PMSI n'avait pas pour autant accéléré

les tentatives de recomposition de l'offre, mais plutôt favorisé un apprentissage organisationnel⁽³¹⁾. Dans les faits, l'état d'avancement de la mise en œuvre du PMSI est très variable. Les statistiques sont partiellement disponibles en médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), en cours d'expéri-

mentation en psychiatrie et absentes en long séjour⁽³²⁾. L'expérimentation en cours de la tarification à l'activité dans des établissements volontaires suffira-t-elle pour une mise en place en 2004 ?

Conclusion

Le plan Hôpital 2007 intervient à un moment clé. Le système issu des ordonnances de 1958 connaît une grave crise d'efficacité et ne répond plus à ses objectifs. Pendant longtemps les pouvoirs publics ont pensé répondre à l'accroissement des dépenses par une régulation de type autoritaire (taux directeurs, budget global). Mais aujourd'hui, ce type de régulation n'apporte aucune solution satisfaisante. Le plan Hôpital 2007 constitue-t-il une poursuite des évolutions antérieures ou favorise-t-il l'émergence d'un nouveau mode de régulation ? Les

idées avancées reprennent les solutions managériales dans l'air du temps depuis le milieu des années 1980, mais sont-elles satisfaisantes ? Il semble que les techniques de management participatif, que le discours de « l'hôpital entreprise » soient aujourd'hui en perte de vitesse. L'explication culturelle est intéressante : les normes d'efficacité et de rentabilité sont encore étrangères à l'idéologie des professions de santé.

Depuis le milieu des années 1980, la politique hospitalière évolue entre discours managérial et politique autoritaire. La philosophie du plan Hôpital 2007 est clairement libérale, elle s'inspire du quasi-marché mis en œuvre en Angleterre et prône le réencastrement de l'hôpital dans le marché comme seule solution à la crise. Cette logique a montré toutes ses limites, l'exemple du NHS est d'ailleurs assez probant : le rapport de Dereck Wanless propose de sortir de ce cercle vicieux et de relancer les dépenses de santé. Ne risque-t-on pas plutôt de voir se maintenir les méthodes de maîtrise comptable ? Les agences régionales d'hospitalisation, pourtant fondées sur le *new public management*, se sont rapidement transformées en courroie de transmission de la politique ministérielle.

De la régulation autoritaire au marché, il existe une troisième voie, celle de la coordination. Ainsi, la modernisation des services publics ne passerait-elle pas plutôt par une intervention plus grande des acteurs et des usagers ? L'expérimentation des réseaux de santé paraît être une solution satisfaisante à la crise du système de soins. Le réseau favorise l'expérimentation d'une politique de coopération et de complémentarité entre les différentes formes de l'offre de soins⁽³³⁾. La dynamique de transformation des services publics par les usagers eux-mêmes⁽³⁴⁾ ouvre des perspectives intéressantes qu'il conviendrait d'expérimenter.

L'organisation hospitalo-centrée a montré ses limites, il paraît important de la rénover en introduisant de nouveaux types de relations entre médecine générale et pratique hospitalière. ●

notes

(26) J. Dubois-Lefrère, E. Coca, Maîtriser l'évolution des dépenses hospitalières : le PMSI, Berger-Levrault, Paris, 1993.

(27) P. Delaroche, « Quelle mesure pour quelle pratique ? (Le PMSI en psychiatrie infantile juvénile) », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 2001, vol. II, n° 4, pp. 335-336.

(28) S. Rameix, « L'idée de justice », in D. Dreyfuss, F. Lemaire, S. Rameix, *Accès aux soins et justice sociale*, 1996, Flammarion, Paris, pp. 1-18.

(29) A. Fagot-Largeault, « Réflexions sur la notion de qualité de vie », in R.-J. Launois,

F. Régner, *Décisions thérapeutiques et qualité de la vie*, Paris, John Libbey Eurotext, 1992, pp. 83-101.

(30) A. Leplege, E. Picavet, « Les normes d'efficacité et d'optimalité dans l'évaluation des politiques de santé », *Journal d'économie médicale*, 1997, tome xv, n° 1, pp. 15-34.

(31) J.-C. Moisdon, « Quelle est la valeur de ton point ISA ? Nouveaux outils de gestion et de régulation dans le système hospitalier français », *Sociologie du travail*, 2000, vol. XLII, n°1, pp. 31-49.

(32) D. Balsan, « Le partage prix volume à l'hôpital : activité hospitalière, PMSI et échelle

de coûts, le secteur public en médecine, chirurgie, obstétrique (1997-2000) », *Document de travail*, n° 24, Paris, DREES, 2002.

(33) J.-P. Domin, « L'expérimentation des réseaux ville-hôpital : l'émergence d'un nouveau mode de régulation dans les services de soins », *Économies et Sociétés, Cahiers de l'ISMÉA, série EGS*, 2003, n° 5, pp. 1869-1896. [j.p.domin@univ-reims.fr]

(34) P. Strobel, « Service public et relation de service : de l'utilisateur au citoyen », in J. de Bandt, J. Gadrey, *Relations de service, marchés de service*, Paris, éditions du CNRS, 1994, pp. 43-62.